

認知症高齢者の環境要因統合による  
社会支援システム構築の実践的研究

一人材育成と組織強化を基本としたアプローチ

平成 28 年 3 月

和歌山大学大学院システム工学研究科

大 久 保 幸 積



A practical study of constructing a social support system that integrates environmental factors for the elderly people with dementia.

The approach based on strengthening of the organization and human resource development.

March 2016

Graduate School of Systems Engineering

Wakayama University

Yukitsumu Okubo



## 概 要

認知症高齢者は「認知世界のズレと不連続性」により、不適切な環境要因や対応によって不安やストレスが増大され、行動・心理症状に至るとされるが、適切な環境に配慮することにより適応関係を保つことが可能である。適切な環境は「人的」「物理的」「社会的」環境要因から構成され、相互に反応しあう複合的なシステムである。

本論文の目的は、人的環境要因（人材育成と組織強化）を基本として、各要因が統合され、補強しあう認知症高齢者の社会支援システムを新たに構築することである。

人的環境要因では4つの課題をあげ、解決のアプローチを行った。1.「新任介護職員教育方法の確立の課題」に対して、職員評価表による新任介護職員の自己評価と教育担当者の他者評価の結果を比較し、焦点化することで、早期習熟に効果的な教育方法が示された。2.「ユニットケアの早期定着の教育手法の課題」に対して、全職員対象の研修会の開催およびコーディネーター養成研修の「教育的介入」を実践した結果、短期間で高得点を獲得し、高水準を維持できたことから、教育的介入の早期定着の効果が示された。3.「こだわりを反映できるアセスメントの課題」に対して、個人のこだわりに関するアンケートを職員へ実施・分類し、入居者個人のこだわりを反映するシートを作成した。4.「ユニット型施設の評価システム確立の課題」に対して、ユニット型施設間で相互評価員を養成し、自己評価→外部評価→相互評価を実施した。結果、対象施設の評価点数が上昇したことにより相互評価システムが、ユニットケアの質を持続的に向上させるシステムとして構築できることが示された。以上の結果、上記4つの手法を組み合わせ、職員採用時から習熟期まで段階的に行うことにより、人材育成と組織強化につながることを示された。この人的環境要因は、物理的環境要因と社会的環境要因へのアプローチのベースとなる。

物理的環境要因では3つの課題をあげ、解決のアプローチを行った。1.「施設の居住環境の工夫や配慮事例の課題」に対して、実践してきた施設整備事例を明確に整理し、物理的側面を支援する知見を得た。2.「入居者が望む居住環境の課題」に対し、在宅高齢者、入居者、施設職員を対象に意向調査を行った結果、高齢者が考える家庭らしさと職員が考える家庭らしさとの違いが明らかとなり、施設内環境を設える際に高齢者の意向を反映させる上での知見を得た。3.「施設の平面構成要素と居住環境の課題」に対し、施設の平面構成要素について調査対象および全国のユニット型施設を比較分析した結果、平面構成における物理的環境の向上に一定の知見を得た。

社会的環境要因では2つの課題をあげ、解決のアプローチを行った。1.「認知症高齢者が地域で暮らし続けるための課題」に対し、施設が有する専門的機能を地域社会で発揮する福祉システムによる町づくりの実践モデルが示された。2.「認知症ケアパスの作成における課題」に対し、施設が社会資源調査を行い、認知症ケアパス作成の中心的役割を担うことで地域貢献につなげた。

以上の実践的研究から、認知症高齢者の環境要因統合による社会支援システム構築の道筋が示された。各環境要因の単独強化では認知症高齢者を取り巻く環境全体を支援する仕組みとはならない。組織の方針や人材育成などの人的環境要因を基に物理的・社会的環境要因が統合され補強しあう社会支援システムを構築することで、認知症高齢者の生活の質の向上につながることを示された。



## Abstract

Elderly people with dementia progress their behavioral and psychological symptoms with increasing anxiety and stress. It is triggered by inappropriate environmental factors, including respondents of caregivers. In general, even with dementia, elderlies can sustain their stable life under the appropriate environment that consists of 3 major aspects; "human", "physical", and "social" environmental factors. The social support system is multifunctional. These three factors should be interconnecting each other to create an appropriate environment for these elderlies.

The purpose of this study is developing a new social support system for the elderlies with dementia. In the support system the human factorial approaches (human resource development and organizational competency building) are the foundation and the other two factors are integrated to optimize the result.

First, we approached 4 issues under the human factors; 1) Effective teaching method for early job proficiency of new hires- We found it is effective to use a focus training based on the result of the gap analysis between staff self-evaluation and trainer's evaluation on them. 2) Staff's buy-in for the implementation- Along with a trainer training, organization wide educational intervention for the "unit-care" was highly effective in the "unit-care" implementation. 3) Assessment tool- we developed a new care planning, assessment sheet for the facility residences. We conducted surveys among the staff then created an assessment sheet reflects individual residences habitual behaviors and preferences. 4) Mutual quality evaluation system- our trained service quality auditors among the multiple skilled nursing homes where use "unit-care." We also created a systematic assessment method as well as the opportunity to benchmark each other. It resulted in increased base line quality assessment score of all the unit-type nursing homes.

Applying all these 4 approaches, we observed favorable result in human development and organizational competency building.

Meanwhile, we also studied 3 aspects under the physical, environmental factor: 1) Functional requirement – By reviewing previous facility construction case studies, we found the key functions and physical environment requirements for supporting elderlies. 2) Preferable living environment- By conducting a comprehensive survey to facility, residence, staff member and elderly who live at home, we learned the cognitive gap between the staff and elderlies regarding to the preferable living environment. 3) Building/structure requirement- Comparing unit-type nursing homes across Japan, we certainly obtained key knowledge to optimize the physical environment through the facility designs.

Finally, under social factor, we approached 2 issues: 1) Design CCC (Continuous care community) for elderlies with dementia- In order to support elderlies living at own home in the community, we provide institutional expertise and functionality to fill the deficit of ideal CCC in the region. A skilled nursing home was the key stakeholder of this community building 2) A care-path for elderlies with dementia- In order to develop effective care-path for elderlies with dementia, we conducted research to understand existing care resources and organize the effort of them. In this model a skilled nursing home became a core-driver of the community care design.

In conclusion, we discover a way to develop a better social support system for elderlies with dementia through the integration of "Human" "Physical" "Social" environmental factors. It was obvious that it does not work as an effective total support system if these factors are enforced and operated individually. In the appropriate environment, the human factors, including human resources development and organizational competency building is the core. Indeed, integrated approaches in physical and social factors could optimize the result effectively. Accordingly, it pursues better quality of life of the elderlies.





# — 目 次 —

## 第1章 研究の背景

1. 本研究で用いる用語の定義	6
1.1. 認知症に関する用語	
1.2. 環境に関する用語	
1.3. その他の用語	
2. 認知症に関する社会的背景	10
2.1. 認知症を取り巻く現状	
2.2. 認知症高齢者施策の動向と時代背景	
3. 認知症に関する環境要因	14
3.1. 環境要因の概念	
4. 人的環境要因の背景と実践	18
4.1. 認知症に関する人的環境の背景	
4.2. 個別ケアの充実のためのアセスメントツールに関する背景	
4.3. 認知症ケアにおける働きやすい環境づくりに関する背景	
4.4. 人的環境をふまえた認知症に関する研修事業の実践	
4.5. 人的環境をふまえたユニットケアの実践	
5. 物理的環境要因の背景と実践	29
5.1. 認知症に関する物理的環境の背景	
5.2. 認知症に関する物理的環境の向上に向けての実践	
6. 社会的環境要因の背景と実践	32
6.1. 地域の認知症高齢者の社会的環境の背景	
6.2. 地域社会への介入実践	

## 参考文献

## 第2章 研究の目的と課題

1. 先行研究の動向	42
1.1. 介護人材に関する研究	
1.2. 施設サービスの質とケア環境に関する研究	
1.3. 地域社会に関する研究	
1.4. 環境要因の統合に関する研究	
2. 研究の目的と課題	47
2.1. 研究課題の整理	
2.2. 研究の位置づけ	
2.3. 研究の目的	
2.4. 各環境要因との関係	
3. 本論文の構成	53

## 参考文献

### 第3章 人的環境要因（人材育成と組織強化）へのアプローチ

1. 本章の構成	60
2. 認知症介護に関わる新任介護職員育成における習熟プロセス	
－新任介護職員教育システムの開発－	61
2.1. 目的	
2.2. 研究方法	
2.3. 結果	
2.4. 考察とまとめ	
3. 特別養護老人ホームにおけるユニットケア定着のプロセス	66
3.1. 目的	
3.2. 研究方法	
3.3. 結果	
3.4. 考察とまとめ	
4. 認知症ケアにおけるこだわりチェックシート作成	78
4.1. 目的	
4.2. 研究方法	
4.3. 結果	
4.4. 考察とまとめ	
5. ユニット型施設における相互評価のシステム化	87
5.1. 目的	
5.2. 研究方法	
5.3. 結果	
5.4. 考察とまとめ	
6. 第3章のまとめ	98
参考文献	

### 第4章 物理的環境要因（施設環境）へのアプローチ

1. 本章の構成	102
2. 施設居住環境向上への物理的配慮　－新規事業所の環境整備－	103
2.1. 目的	
2.2. 研究方法	
2.3. 結果	
2.4. 考察とまとめ	
3. 高齢者の意向調査から考える施設環境の構成要素	113
3.1. 目的	
3.2. 研究方法	
3.3. 結果	
3.4. 考察とまとめ	

4. ユニット型施設の平面構成と評価の関係	124
4.1. 目的	
4.2. 研究方法	
4.3. 結果と考察	
4.4. まとめ	
5. 第4章のまとめ	134
参考文献	
 第5章 社会的環境要因（地域社会）へのアプローチ	
1. 本章の構成	138
2. 高齢過疎地域における高齢者施設を中心とした町づくり	139
2.1. 目的	
2.2. 研究方法	
2.3. 結果	
2.4. 考察とまとめ	
3. 認知症ケアパス作成における社会福祉法人の役割	148
3.1. 目的	
3.2. 研究方法	
3.3. 結果	
3.4. 考察とまとめ	
4. 第5章のまとめ	156
参考文献	
 第6章 総括	
1. 各章のまとめ	160
2. 総括	164
3. 今後の課題	167
 図表一覧	170
 博士論文関係研究業績	176
 あとがき・謝辞	180
 付録資料	184



## 第 1 章 研究の背景

---

## 第1章 研究の背景

### 1. 本研究で用いる用語の定義

#### 1.1. 認知症に関する用語

〈認知症〉

認知症とは、成人になってから起こる脳の器質性の原因を背景として、認知機能に障害が生じ、それが日常生活に影響する状態が持続することである。

WHOは、「認知症とは、通常、慢性あるいは進行性の脳の疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、概念、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次脳機能の障害からなる症候群である」と定義している。

2004年より「痴呆」という用語は「認知症」に変更された。したがって、本研究では基本的に「認知症」を使用する。なお、変更前に報告された研究論文、資料や制度については「痴呆」を使用する。

〈認知症高齢者の日常生活自立度判定基準〉

平成5年10月26日付厚生省老人保健福祉局長通知による「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」を基に、平成18年4月3日老発第0403003号「『認知症高齢者の日常生活自立度判定基準』の活用について」により示されている基準である。高齢者の認知症の程度をふまえた日常生活自立度の程度を表すものとして使用する。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a 家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	II b 家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	III b 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIII に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

表 1-1-1 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

### 〈行動・心理症状〉

認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, 以下、「B P S D」という)を指す。国際老年精神医学会 ( I P A ; International Psychogeriatric Association ) によって、「認知症患者に頻繁にみられる知覚・思考内容・気分または行動の障害による症状」と定義されている。その出現や経過は個々によって異なり、さまざまな症状を引き起こす。認知機能障害が原因で起こる「もの忘れ」「見当識障害」「判断力障害」などの中核症状が背景にあり、不安感、不快感、焦燥感、焦燥感、被害感、ストレスなどの心理的要因や、便秘、脱水、発熱、呼吸困難、電解質異常などの身体的要因、白内障や緑内障、難聴などの感覚器の障害、さらに介護者の不適切な対応や、入院といった環境変化などもその要因となり得る。

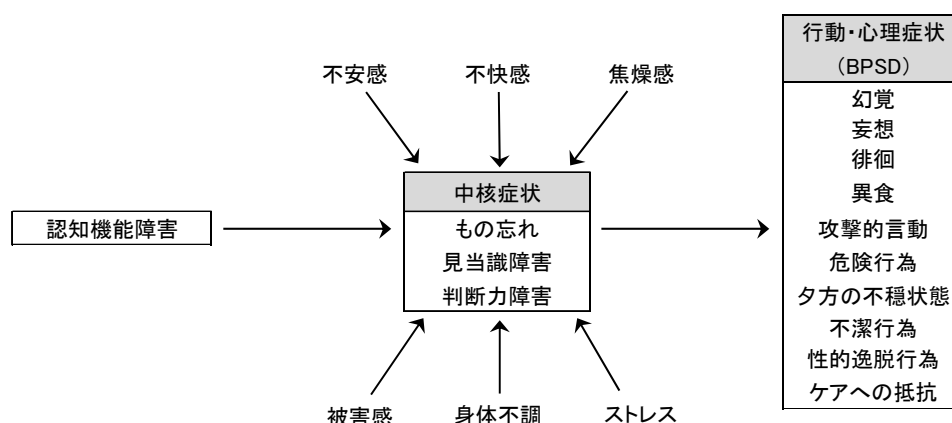


図 1-1-1 行動・心理症状（B P S D）の出現原因

出典：加藤伸司 痴呆による行動障害（B P S D）の理解と対応

高齢者痴呆介護実践講座Ⅱ 研修用テキスト 専門課程 p151 第一法規出版 2002

## 1.2. 環境に関する用語

### 〈ユニットケア〉

入居者一人ひとりの意思および人格の尊重、入居前の生活との連続性の確保、入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重した「個別ケア」を実現する手法の名称である。具体的にはハード（居住環境）、ソフト（ケア）、システム（仕組み）の3つの要素とその実践のためのフォーム（職員体制）を包括した手法である。

### 〈ユニットケア研修〉

2003 年から国の基準に明記されたユニットケアの考え方を理解し、正しく実践させるために行われる研修の総称。現場のリーダーが対象のユニットリーダー研修（座学 3 日間と実地研修 5 日間）と施設の管理者が対象のユニットケア施設管理者研修（座学 3 日間）がある。ユニットケア研修事業は、ユニットケアを実施している施設の管理者および各ユニットにおいて指導的役割を担う職員に対して、研修を実施することにより、入居者または利用者一人ひとりの意思および人格を尊重し、自律的な日常生活を

営むことを支援することを目的としている。

〈P E A P (Professional Environmental Assessment Protocol) 日本版 3〉

「P E A P」とは「Professional Environmental Assessment Protocol」の頭文字をとった略称。「認知症高齢者生活環境の評価尺度」を指す。1996 年にアメリカの Weisman らにより、高齢者施設における環境評価を目的として開発された。施設内の壁、扉や手すりなどの建造物、家具や素材などの半構造物、飾りなどの小物といった物理的環境の問題だけではなく、施設のプログラム、運営方針といったケア環境の問題も考慮している。これを基に、日本の文化的背景などを考慮して「認知症高齢者への環境支援のための指針（P E A P 日本版 3）」として改訂したもの。8 次元の下に、中項目（31 項目）と小項目（111 項目）がある。

### 1.3. その他の用語

〈社会福祉法人〉

社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉法の定めるところにより設立された非営利法人である。強い公的規制のもとで、助成を受けていることから、適正な事業運営が求められる。そのため、社会福祉法人は都道府県から指導、監督のもとに運営されている。社会福祉事業は、社会福祉を目的とする事業のうち、規制と助成を通じて公明かつ適正な実施の確保が図られなければならないものとして、社会福祉法第 2 条に規定される事業である。第 1 種社会福祉事業と第 2 種社会福祉事業に分類され、主として入所施設サービスなど経営安定を通じた利用者の保護の必要性が高い事業を第 1 種とし、主として在宅サービスなど公的規制の必要性が低い事業を第 2 種としている。第 1 種社会福祉事業は行政を除く社会福祉法人による限定的な事業である。

〈介護保険制度〉

介護保険制度は 2000 年に施行された。従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界があり、高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みとして社会保険方式による介護保険制度が創設された。大きく施設サービス、地域密着型サービス、在宅サービスに分けられる。利用者が自らサービスを選択し、事業者との契約でサービス計画に基づいて利用することができる。

〈特別養護老人ホーム〉

特別養護老人ホーム（以下、「特養」という。）とは、社会福祉法第 2 条 3 に規定する第 1 種社会福祉事業であり、老人福祉法に基づく老人福祉施設である。65 歳以上の者であって、身体上または精神上著しい障害のため、常時介護が必要で居宅における生活が困難な方が入居する施設。入浴・排泄・食事などの介護、相談および援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことを目的とする施設（老人福祉法第 11 条、第 20 条）。なお、介護保険制度上の指定を受けることで介護老人福祉施設として位置づけられる。要介護認定 3 以上が対象となる（一部例外有）。施設サービスとして施設と入居者の契約によりサー



ビスが提供される。

なお、特別養護老人ホームの設備および運営に関する基準（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 46 号、改平成 27 年 1 月 16 日厚生労働省令第 4 号）の第 3 章第 32 条に定めるような「施設の全部において少数の居室および当該居室に近接して設けられる共同生活室（当該居室の入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所をいう。）により一体的に構成される場所ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる特養」をユニット型特別養護老人ホーム（以下、「ユニット型特養」という。）という。

#### 〈地域包括ケアシステム〉

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指している。特に今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要である。人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差があり、保険者である市町村や都道府県が、3 年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく仕組みになっている。

#### 〈認知症ケアパス〉

標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していくなかで、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本として作成されるものである。厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによる「今後の認知症施策の方向性について（2013.6.18）」の今後の施策の筆頭としてあげられたのが、「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」である。

## 2. 認知症に関する社会的背景

### 2.1. 認知症を取り巻く現状（表 1-2-1）

厚生労働省によると、2010 年現在の推計で、全国の 65 歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値 15%、認知症有病者数約 440 万人で、そのうち介護保険制度を利用している認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は約 280 万人、日常生活自立度Ⅰまたは要介護認定を受けていない人で約 160 万人である。

介護保険制度を利用している認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は 2015 年で 345 万人、2020 年で 410 万人、2025 年で 470 万人と急激な増加が予測されている。

この推計値から認知症高齢者の増加に伴うさまざまな対応が不可欠であり、それは深刻な社会問題としてとらえられている。このことから高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、国民共通の望みといえる。

表 1-2-1 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年
日常生活自立度Ⅱ以上	280	345	410	470
（65 歳以上人口比）	（9.5%）	（10.2%）	（11.3%）	（12.8%）

※この推計では要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない。

（厚生労働省 2012 年 8 月 24 日報道発表）

### 2.2. 認知症高齢者施策の動向と時代背景（表 1-2-2）

かつて、認知症は「痴呆」と称され、痴呆になると何もわからなくなり、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解するどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束したりするなど、不当な扱いを受けていたこともある。

1960 年から 1970 年代には、認知症高齢者の住まいとしての特養は、身体介護が中心となっていたため、集団生活に支障をきたす重度認知症高齢者は老人病院、精神病院などがその受け皿になっていた。

1980 年代には、徘徊、不潔行為等さまざまな周辺症状にも、個々の状態に応じた背景や意味があることに気づくようになり、抑制や隔離で問題を封じ込めようとするだけの対応から個別の対応を模索する時代へと入る。ケアなきケアの時代における実践現場の悲惨さや、高齢者の尊厳を無視した対応に疑問を抱き始めた介護者や家族等が、手探りで新しい認知症ケアのあり方を模索し始めた時期でもある。リロケーションダメージに着目した先進的ケア関係者は、小規模なたたずまいと家庭的な雰囲気を設え、本人の暮らしの継続性や「寄り添う」「付き合う」「奪わない」「断ち切らない」を重視するケアを提供するようになった。

認知症という病気に対する社会的な認識がなく、ケアの理念や方法論もないままに、いわゆる「問題行動」に対して、身体拘束や投薬による抑制、言葉による封じ込めが標準的になされていた時代である。

また、鉄格子や金網などに囲まれた環境、副作用のある薬の常用や身体拘束、浮浪者や精神病患者と認知症の高齢者を一緒に収容するといった状況にあっても、自宅に連れて帰れない家族は見て見ぬふりで過ごすしかなかった時代でもある。

1990年代前半には、認知症対応型共同生活介護（以下、「グループホーム」という。）や宅老所の取組みは本格化し、利用者本位の「新しい認知症ケア確立期」へと入る。北欧諸国のグループホームケアが注目され、多くの実践者や研究者が北欧諸国の尊厳を支える個別ケアを学び、中島らが述べたように認知症の人の自己尊厳を回復し、自己へのケアを回復することにかかわり合える場所が欲しい<sup>1)</sup>との動機の高まりが、わが国の認知症ケアの水準を高めるきっかけとなったと考える。

1990年代後半には、グループホームの制度化が活発化し、1997年の国庫補助事業をきっかけに、全国規模でのサービス提供体制が本格化していった。この時期に開設した運営主体は、医療法人、農協、株式会社、有限会社などの参入が目立ち、創成期における住民組織型の自主運営から、市場化に向けての大きな転換期を迎えたことになる。一部の先駆事業者が醸成してきた新しい認知症ケアの手法は、1994年の新ゴールドプランの長期ビジョンと相まって、グループホームの量的整備の時代へと入る。

2000年代に入ると、グループホームは介護保険制度施行と同時にサービスメニューに加えられた。過去には営利法人に開放されたことのなかった居住型介護保険サービスの解禁とあって、グループホームは他のサービス事業と比較しても群を抜いて事業所数を伸ばした。

しかし、新規参入事業者は介護・福祉関係者ばかりではなく、不動産、建設、食品など、あらゆる異業種参入組が多く、知識不足と無理解による拘束や囲い込み、権利侵害など、過去の過ちを再び繰り返さないためのサービスの質の確保・向上策が課題となっている。認知症ケアは、長い年月をかけて醸成してきた新しい認知症ケアと旧来型のケアが混在している状況といえる。

また、従来の宅老所の取り組みを基に制度化された小規模多機能型居宅介護は、「通い」「泊まり」「訪問」などの多機能を包括的に利用できるサービスとして、2006年度から制度化された。

2010年代、介護保険導入後10年を経過すると、認知症に関する情報が一般にも浸透し、また認知症の人の数は2012年時点で462万人にまで増加した。「新しい認知症ケア」もさまざまな形で、その質を深め、細分化してきた。

この時代に入ると、認知症の人を深く知るためのパーソン・センタード・ケアにおける「DCM法」や「ひもときシート」といったツールへの理解も深まってきた。さらに、2010年にテレビ（新報道2001）で報道されたスウェーデンの「タクティール」や2014年に入門書が発行されたフランスの「ユマニチュード」といったケアメソッドなども紹介され、全国で取り組みが広まっている。

また、若年性認知症や認知症の人の終末期の対応、地域での支援体制などについて、本人はもちろん、国や地方自治体、専門職や家族、住民を巻き込んだ多様なアプローチが行われ、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」の実現が今後の目標となっている。

表 1-2-2 認知症ケアの時代背景

認知症ケアに関する年表

年代	西暦	厚生労働省関係	時代背景	所属法人
1960年代	1959		「海辺の光景」安岡章太郎著	
	1963 S38年	老人福祉法施行、養護老人ホーム・軽費老人ホーム・特養、老人家庭奉仕員（現ホームヘルパー）制度化		
	1968	寝たきり老人実態調査		
	1969	厚生白書に「寝たきり老人」登場		
1970年代	1970		老人病院登場	
	1972	老人医療費支給制度の導入、「老人ホームのあり方に関する中間意見」	「恍惚の人」有吉佐和子著	
	1973 S48年	老人医療費無料化	「ルポ・精神病棟」大熊一夫著、福祉元年、映画「恍惚の人」森繁久彌出演、豊田四郎監督	社会福祉法人幸清会設置 養護老人ホーム幸生園開設
	1974		「長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)」長谷川和夫作成	
	1975			特養幸楽園開設
	1977		「痴呆老人専門病棟新設」熊本県国立療養所菊池病院	特養幸豊園開設
	1979		痴呆性老人専門「三島病院」開院、老人デイサービス事業	
1980年代	1980		「ぼけ老人をかかえる家族の会」発足	
	1981		三重県痴呆性老人専門第二小山田特養開設	
	1982	老人精神保健対策に関する意見について、老人保健法制定	「三郷中央病院事件（乱診乱療）」	
	1983	老人保健法施行、老人病院制度化（特例許可老人病院・特例許可外老人病院）	「高齢社会をよくなる女性の会」樋口恵子氏、「老人の専門医療を考える会」発足	
	1984	「痴呆性老人処遇技術研修」制度化、書籍「ぼけ老人の介護」発行、特例許可老人病棟の導入	「きのこエスポール」岡山県痴呆老人専門精神病院開院（回廊式）、「老年期痴呆（精神科MOOK（8）」長谷川和夫他著	
	1985 S60年		「老い」田邊順一著	痴呆性老人専門特養幸豊ハイツ開設
	1986	「痴呆性老人対策推進本部」設置	映画「痴呆性老人の世界」国立菊池病院	社会福祉法人大滝福祉会設立
	1987	「老人保健施設」制度化、「社会福祉士」「介護福祉士」国家資格化		特養大滝温泉ハイツ（現おおたきの杜）開設
	1988	老人性痴呆疾患専門治療病棟制度化（特養・老健に回廊式廊下義務化）	「ルポ・老人病棟」大熊一夫著、「老年痴呆」長谷川和夫著	
	1989 H元年	ゴールドプラン：高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略	「痴ほうの百科」長谷川和夫他著	
1990年代	1990	老人福祉法等の一部を改正する法律（福祉関係八法改正）、介護力強化病院創設		デイサービスセンター幸豊ハイツ開設
	1991	老人性痴呆疾患療養病棟、老人保健施設痴呆専門棟創設	「改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）」加藤伸司他：老年精神医学誌,2,1339-1347（1991）	
	1992	痴呆性老人デイサービスセンターE型（老人デイサービス事業）、老人訪問看護制度	「痴ほう性老人の介護はどうすればよいか」長谷川和夫編著、「ぼけー受け止め方・支え方」杉山孝博著	
	1993		「スウェーデンのグループホーム物語」ハルブロー・ベック・フリス	
	1994	新ゴールドプラン：新・高齢者保健福祉10ヵ年戦略	「グループホームケアのすすめ」今村千弥子他	
	1995	高齢社会対策基本法		老人保健施設湘南開設・デイサービスセンターふるりの丘開設
	1996		「付き添って～明日はわが身の老人介護」生井久美子	特養幸豊ハイツユニット化検証 取り組み、北湯沢温泉ケアハウス「クアリゾート453」開設
	1997	「痴呆対応型老人共同生活援助事業」制度化、「介護保険法」成立		痴呆対応型老人共同生活援助事業 幸豊ハイツほのぼの開設
	1998		抑制廃止福岡宣言、「特養ホームを良くする市民の会」本間郁子	特養幸豊ハイツ個室・ユニット化〔30名〕
	1999	介護保険事業における基準省令に「身体拘束禁止」を明記	「痴呆性高齢者ケア」小宮英美著、「縛らない看護」吉岡充・田中とも江他著、「ぼけの法則」杉山孝博著	

2000年代	2000	介護保険制度施行、ゴールドプラン21、グループホーム制度化、医療療養型病床・介護療養型病床	日本認知症ケア学会創設	有珠山噴火幸生園・幸楽園避難、居宅介護支援事業所3か所開設
	2001		認知症介護研究研修3センター設置、認知症介護指導者養成研修、認知症介護実務者研修等の研修制度が体系化、映画「折り梅」原田美枝子主演松井久子監督、「バリデーションー認知症の人との超コミュニケーション法」ナオミ・フェイル著、「グループホームケア」中島紀恵子他著	ふるりの丘総合福祉館（幸生園・幸楽園・ケアハウス）開設・訪問介護事業所開設
	2002	全室個室小規模生活単位型（新型）特養制度化	ユニットケア	
	2003	「2015年の高齢者介護」高齢者介護研究会報告書により、認知症ケアモデルの確立へ	「私は誰になっていくの？」オーストラリア、クリスティーン・ボーデン、「大逆転の痴呆ケア」和田行男著、「痴呆を生きるということ」小澤勲著、「痴呆ケア」長嶋紀一他著	みたらの杜居宅・訪問、グループホーム癒しの郷開設
	2004		国際アルツハイマー病協会・京都国際会議開催、呼称の変更：「痴呆」→「認知症」へ、「明日の記憶」萩原浩著、「認知症ケア標準テキスト」日本認知症ケア学会	デイサービスセンターみたらの杜開設、シルバーハウジング生活援助員派遣事業開始
	2005	「認知症を知り地域をつくる10ヶ年構想」のスタート	「認知症のパーソン・センタード・ケア」高橋誠一著、「認知症を正しく理解するために」長谷川和夫著、「認知症になるとなぜ不可解な行動をとるのか」加藤伸司著、「認知症介護実践研修テキスト」認知症介護研究・研修東京センター	特養みたらの杜開設
	2006	地域密着型サービス「小規模多機能型居宅介護」制度化、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の制定	認知症の人と家族の会へ名称変更、映画「明日の記憶」渡辺謙出演・堤幸彦監督、テレビドラマ「恍惚の人」三国連太郎出演、	第7回日本認知症ケア学会大会〔北海道〕テーマ「認知症ケアと環境」
	2007		「認知症を介護する人のための本」加藤伸司著	グループホーム・デイサービスぬく杜の郷・しおさい開設
	2008	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書を発表	「実践パーソン・センタード・ケア」水野裕著	グループホーム・小規模多機能居宅介護みたらの杜開設・法人本部洞爺の杜開設
	2009		「レビ小体型認知症」小阪憲司著	財田の杜高齢者ケア研修センター開設
2010年代	2010	「2025年の地域包括ケアシステムの姿」地域包括ケア研究会報告書	「認知症 よい対応・わるい対応」浦上克哉著	グループホーム幸豊ハイツほのぼのⅡ開設
	2011		「認知症の人の歴史を学びませんか」宮崎和加子他著	居宅介護支援事業所幸豊ハイツ開設
	2012	「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」策定	「認知症の人のつらい気持ちがわかる本」杉山孝博著、「レンズを通して見た認知症の歴史と現実」田邊順一インタビュー	認知症デイサービスみたらの杜開設
	2013	「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」報告	「認知症ケアの視点が変わるひもときシート活用ガイドブック」認知症介護研究研修東京センター	特養幸豊園移転、地域密着型特養財田の杜開設
	2014	G8認知症サミットの後継となる国際会議	「ベコロスの母の玉手箱」岡野雄一著、「ユマニチュード入門」本田美和子他著、「認知症の人を知る」加藤伸司著、「アロマで予防！認知症」浦上克哉著	サ高住、居宅介護支援事業所、デイサービス沼ノ端開設、ユニット型特養幸豊ハイツ1998開設・地域密着特養舟見の杜2014開設
	2015	「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）策定		認知症デイサービスさかえの杜2015開設、幸豊の杜保育園2015開設 社会福祉法人幸清会・大滝福祉会合併予定
	2016			特養大原の杜2016開設予定

本表は筆者により作成した。

### 3. 認知症に関する環境要因

#### 3.1. 環境要因の概念

はじめに、認知症高齢者のとらえ方のモデルとして、中島は基本障害までを認知症という疾病に直結する障害ととらえ、「認知世界のズレと不連続性」を中心に不適切な環境や不適切な対応によって不安やストレスが増大され、周辺症状に至るとしたモデルを作成した。このモデルは、認知世界にズレと不連続性が生じ、それに対して適切な環境の提供と適切な対応がなされないならば、誰であっても「問題となる行動や心理状態」は生じて当たり前のものであり、症状や障害とはとらえないというモデルで、適切な環境、適切なケアの重要性を示している（図 1-3-1）。

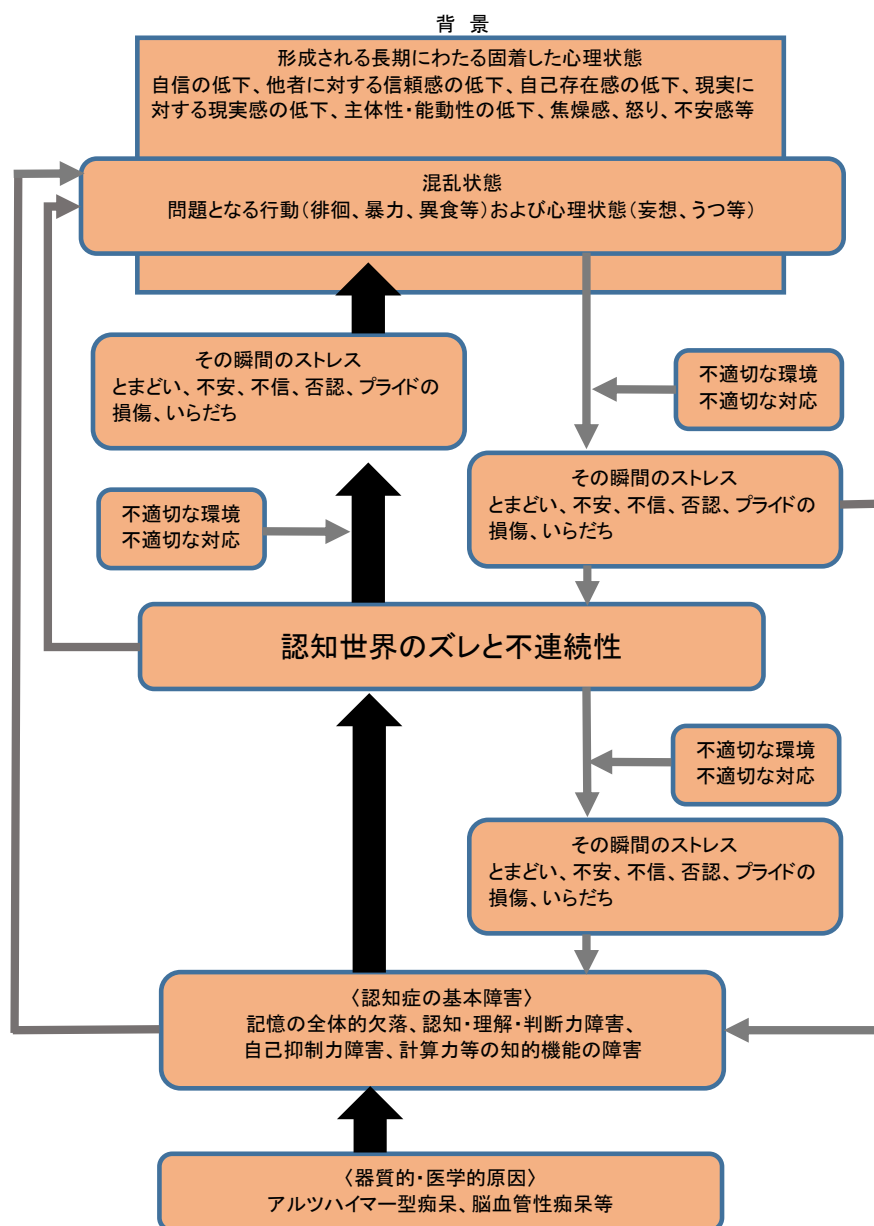


図 1-3-1 認知症の高齢者のとらえ方に関するモデル（中島健一、2005 年度版）

出典：認知症介護研究・研修東京センター監修・発行，新しい認知症介護 実践リーダー編，2005

次に、人間－環境系理論についてみると、人間と環境を対立的、独立的なものとしてではなく、両者の関係性を一体的な分析単位としてとらえている<sup>2)</sup>。Lawton らは、コンピタンスという概念を用いて高齢者の能力と環境圧力の生態学的モデル<sup>3)</sup>を示している（図 1-3-2）。

コンピタンスとは、個人が環境に対処するときの適応能力のことを指しており、身体的な健康だけでなく精神的健康、知的キャパシティーやエゴの強さなど、広範な属性をカバーするものである<sup>4)</sup>。

このモデルでは縦軸に高齢者の能力（コンピタンス）、横軸に環境圧力となっている。人はある環境圧力の下では適応した関係を作り上げることができるが、環境圧力が一定の範囲を超えると適応した関係を作り上げることは困難になる。つまり、人と環境との適応関係は、能力という人の側の要因と、環境圧力という環境の側の要因の双方によって決定され、適切な環境は、環境の状態と個人の能力の関係によって決定される。このモデルは、混乱や不穏状態に陥りやすい認知症高齢者であっても、適切な状態の環境を設定することで環境との間に適応関係を保つことが可能であることを示しており、認知症高齢者にとっての環境のあり方を考えるうえで非常に示唆のある概念である。

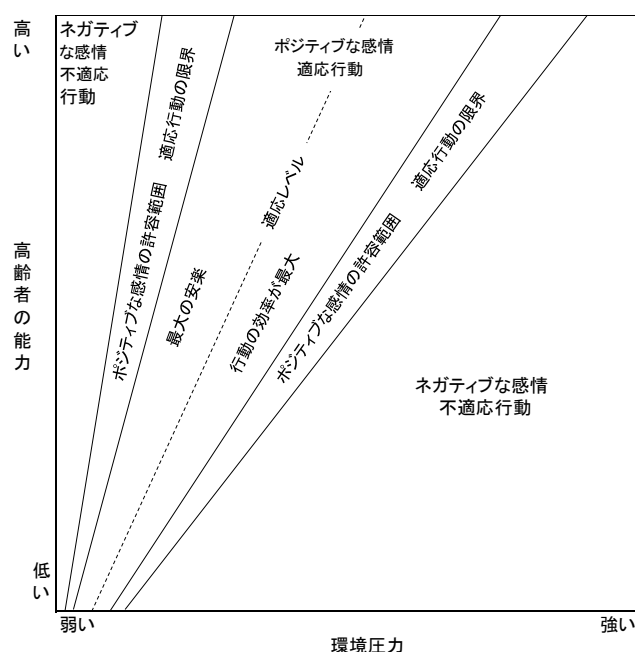


図 1-3-2 高齢者の能力と環境圧力

出典：児玉桂子編：高齢者居住環境の評価と計画、中央法規出版、1998

そこで、認知症高齢者にとって適切な環境の要素をみると、Cohen と Weisman は、「痴呆症の人たちの暮らす環境は運営的・社会的・物理的要素から構成され、それらが多様に反応しあう複合的なシステムとしてとらえるのが妥当であろう。」と述べ<sup>5)</sup>、さらに治療目標としての目標設定が認知症高齢者の生活する環境の計画とデザインの方針を支える重要な要素であると指摘している（図 1-3-3）。

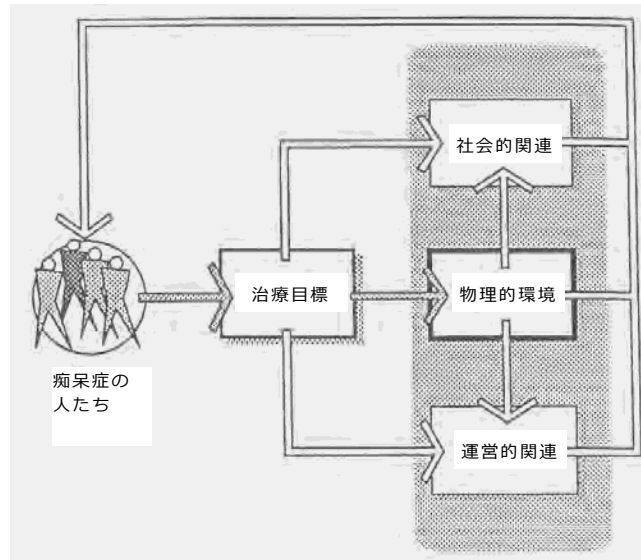


図 1-3-3 人間-環境システムの構成に関する概念的枠組み

出典：U. Cohen, G. D. Weisman, HOLDING ON TO HOME, 岡田威海監訳・浜崎裕子訳  
老人性痴呆症のための環境デザイン 彰国社 1995

これら3つの環境要素のうち「運営的関連」とは、施設方針やサービスプログラムなどの直接的なケアに関することと定義されているが、施設方針の設定やケア計画の作成、介護者の意識・関わり方など、実際にケアサービスを提供するのは「人」であり、「人」が提供するサービスの質に焦点を当てる必要があると考え、本研究では「運営的関連」を「人的環境」としてとらえた。

「物理的環境」は、認知症高齢者が暮らす建築的環境であり、空間の雰囲気や設備を含み、「社会的関連」においても、集団の規模や介護者の関わり方などの社会的交流の意味も含まれるが、本研究では社会的支援として広義でとらえ、屋外や近隣、地域社会における認知症高齢者の環境を「社会的環境」としてとらえた。

また、本研究における環境要因とは「人的環境」、「物理的環境」、「社会的環境」の3つを指し、これらの各環境要因は相互に影響している（図 1-3-4、図 1-3-5）。

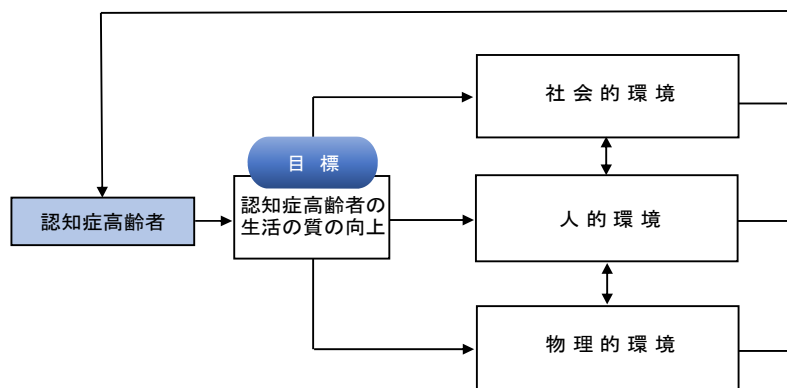


図 1-3-4 認知症高齢者と環境の基本的枠組み（筆者作成）



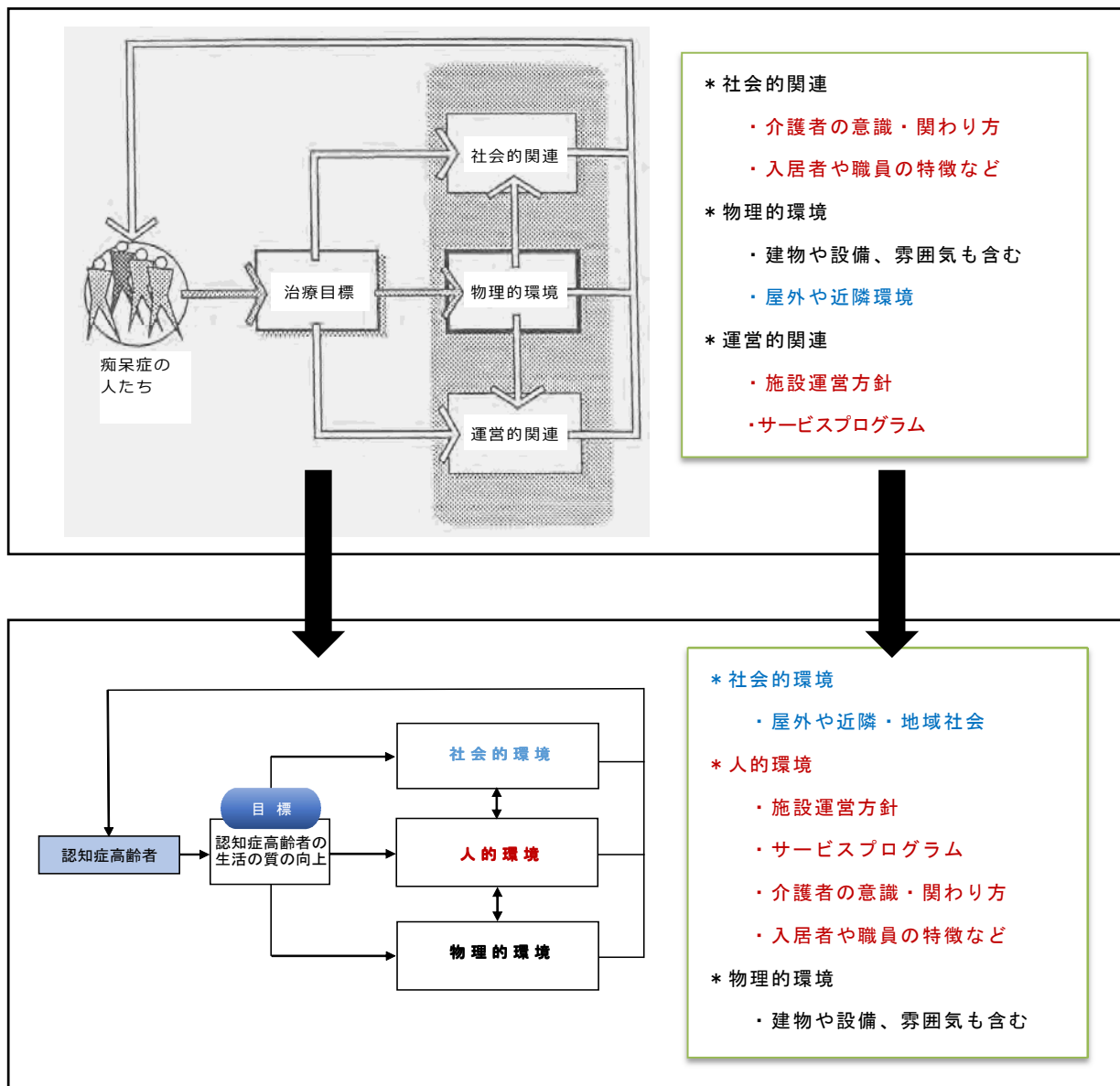


図 1-3-5 本研究における環境要因のとらえ方

## 4. 人的環境要因の背景と実践

### 4.1. 認知症に関する人的環境の背景

「人的環境」とは、認知症高齢者のケアに関係する「人材」を指し、その経験年数や介護技術の優劣や資格の有無は問わない。また、事業所の運営方針や介護計画を包含する環境をいう。なお、認知症介護における人的環境は、物理的環境と社会的環境が向上するための取り組みの前提となるべきものであり、本研究では最も重要な環境要因としてとらえる。

近年、我が国においては、少子高齢化の進行や世帯構成の変化、国民のライフスタイルの多様化などにより、国民の福祉・介護サービスへのニーズがさらに増大している。また、認知症等のより複雑で専門的な対応を必要とするニーズの顕在化を背景として、認知症ケアの質的にも高度化している状況といえる。福祉・介護サービスを供給する制度は、介護保険制度として施行されさまざまな見直しにより着実に充実してきている。しかしながら、介護保険制度が利用ニーズに応えるよう十分機能していくためには、サービスを担う人材の安定的な確保が前提となる。

認知症ケアサービスは、医師や介護支援専門員、看護師、栄養士、介護福祉士等の多職種の専門職により担われている。そのなかでも介護福祉士については 1987 年に社会福祉士および介護福祉士法が成立し、社会福祉分野の国家資格が誕生した。その背景は、高齢化や家族構成等の生活構造の変化で多様な援助が求められ、医療の高度化や人口の高齢化によって、障害を持ちながら生活する人が増加したことや家族や社会情勢の変化から、多様化する利用者のニーズに対して、それまでに資格化された医療職だけでは十分にこたえられなくなったためである。

このような状況のなかで、少子高齢化の進行等のもとで、15 歳から 64 歳までの者（生産年齢人口）の減少に伴い、労働力の減少が見込まれる。また、高い離職率と相まって、常態的に求人募集が行われ、一部の地域や事業所では人手不足が生じている。

2015 年に、厚生労働省は、いわゆる団塊の世代の全員が高齢者となり、これらの後期高齢者となる 2025 年には全人口に占める高齢者人口の割合が 3 割を超えると見込まれることを見据え、社会福祉法人に限らず、営利法人や非営利法人を含めた事業者や各種団体、国や地方公共団体が十分な連携のもと、質の高い人材の確保のため、「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を定めた。

日本の将来推計人口<sup>6)</sup>によると生産年齢人口は 2013 年の約 8,000 万人から 2027 年には 7,000 万人を割り込むものと見込まれており、これに伴い労働力人口も減少する。その一方で、福祉・介護サービスに従事する者は、2005 年現在で約 328 万人であるが、介護保険制度の創設や障害者福祉制度の見直し等による福祉・介護サービスの質の充実と量の拡大に伴い、その数は急速に増加しており、1993 年と比べて約 4.6 倍となっている。

介護職員についての従事者数をみると、2011 年で常勤介護職員 85.1 万人、非常勤介護職員数は 54.8 万人で 139.9 万人となっている。介護職員数は、2000 年の介護保険制度時は 55 万人であったが、2012 年で 149 万人と急増しており、2025 年にはさらに 1.5 倍以上も必要と推計されていることから人材確保は喫緊の課題としてあげられている（表 1-4-1）。

表 1-4-1 介護職員数の推移と見通し

(単位：万人)

	2000 年度	2012 年度	2015 年度 (推計値)*	2025 年度 (推計値)*
介護職員	55	149	167～176	237～249

\*2015 年度、2025 年度の数値は社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした数値

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「医療・介護に係る長期推計」

実際に、2012 年度の介護労働実態調査<sup>7)</sup>では、施設介護職では従業員が「大いに不足している」が 4.3%、「不足している」が 13.9%、訪問介護職では「大いに不足している」が 11.9%、「不足している」が 26.2%となっており、その理由は、「採用が困難である」との回答が 70.2%であり、介護職の採用段階である「人材の確保」が困難となっている。このような現状においても介護を提供するサービス事業者はそのサービスの質を低下することがないよう運営しなければならず、そこには人材の育成が不可欠である。

加えて、内閣府が行った介護保険制度に関する世論調査<sup>8)</sup>によると、介護職に対するイメージ調査では「夜勤等があり、きつい仕事」をあげた者が 65.1%と最も高く「社会的に意義のある仕事」は 58.2%であるものの、「給与水準が低い仕事」が 54.3%、「将来的に不安がある仕事」12.5%とネガティブなイメージとなっていることがわかる。

実際に介護福祉士を対象とした調査で、過去働いていた職場を辞めた理由の第 1 位は「結婚、出産・育児」が 31.7%、第 2 位が「法人・事業所の理念や運営のあり方に不満があった」で 25.0%、第 3 位が「職場の人間関係に問題があった」が 24.7%であった。

一方で、現在の職場を選択した理由の調査では、第 1 位が「やりたい職種、仕事内容」が 39.7%と非常に高い数字であった。これにより、介護職は社会的に意義のある仕事でやりがいのある仕事であることが認知されている業種であるが、きつい仕事であるというイメージや実際に働くことと事業所の理念や運営に不満があり、それが離職につながっていることがわかる。よって、しっかりとした事業所の理念、ケア方針によって行われる運営により、やりがいのある、働きやすい職場環境づくりが求められている。

このような背景のなかで、介護職員にとっての最も重要であるケアの課題として、認知症の BPSD による対応困難事例がある。厚生労働省の調査によると、特養において認知症を有する在所者数の構成割合は 2010 年で 96.4%<sup>9)</sup>となっている現状から、須永らは「新任介護福祉士の離職の背景には、ケア場面において介護福祉士として望ましい行動をとることができず、その結果、職場への適応が困難になり、過度のストレスを内包させていることがあると考えられる<sup>10)</sup>」と指摘しており、これは介護福祉士のみではなく、資格を持たない新卒者や中途採用者にとっても認知症高齢者への対応は非常に困難なケースであると考えられ、よりストレスフルな状態となることから認知症ケアに関する知識や技術の習得の必要性を示している。松尾は、介護福祉士として望ましい行動をとることがで

きないという背景には、介護福祉士が養成校で学んだ知識や技術は、卒業後すぐに役立つことはなく、現場でのさまざまな経験を通して初めてそれが活かされる<sup>11)</sup>と指摘していることから、新任介護職員の早期育成が求められている。

関連してストレスの視点からみると、介護職員のストレスを放置することは重大な問題を引き起こす。認知症介護研究・研修仙台センターの報告<sup>12)</sup>によると、実際に入居施設での虐待の事実が認められた事例 155 件のうち、サービス種別として最も多いのは「特別養護老人ホーム」で 29.7%、次いでグループホームで 26.5%となっていた。虐待の発生要因として回答された記述内容を分類したところ、もっとも多かったのは「教育・知識・介護技術等に関する問題」で、次いで「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を行った職員の性格や資質の問題」となっている。

この 155 件のうち、被虐待者が特定できた 147 件で、認知症の有無については、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（相当）以上が 74.1%となっているが、認知症の有無が不明のケースを除くと、87.1%に達している。なお、もっとも割合が高いのは自立度Ⅲ（29.7%）であった。これらは、認知症高齢者への対応の困難さも示しており、認知症の理解に対する研修等の教育体制の重要性を示している。

さらに、学校教師と看護師の新人がバーンアウトしやすい現状をふまえて、宗像は、教師や看護婦には、新卒研修体制が確立されていないと指摘している<sup>13)</sup>。新人たちがトラブルに陥った際の、技術的・情緒的な相談相手の確保や日常業務外のさまざまな研修制度の充実とそれへの参加は重要である。日本介護福祉士会の調査においても、研修に参加する機会の少なさが問題視され、専門職としての「生涯研修体系の整備」を介護福祉士制度の充実の課題としている<sup>14)</sup>ことから、新人支援の方策は重要な課題である。

以上のように限られた人的資源の状況において、離職せずに認知症ケアに対応する本質的なサービスをしっかり担保できる新任介護職員を短期間で養成する方法を見出すことが必要である。

また、サービスを提供する人の質はサービスの質を左右するため、サービスの評価が重要となる。2000 年に改正社会福祉法が成立し、その第 78 条に福祉サービス事業者の自己評価等の努力義務が明示された。特養のほか、地域で増加し続ける高齢者・認知症の人が、地域で暮らし続けるための拠点として、グループホームを始めとする地域密着型サービスについても同様である。また、福祉サービス事業者の質の確保を効率的に進めることが、今後の地域の高齢者介護・認知症対策全体の発展のためにも不可欠である。ただし、福祉サービス事業者の質の確保は個別の事業者や職員の努力のみでは限界といえる。そのため各施策を一体的に運用し、業務の標準化をはかることが必要である。現在、グループホームにおいては、そのサービスの質の評価として、「地域密着型サービス外部評価実施要綱」により自己評価および外部評価が行われ公表されている。しかし、その実施方法や回数、評価項目等についても限界があり、外部評価時に指摘があった場合においても、職員がどのように改善してよいか分からない現状にある。

第三者評価事業についても、国は、2004 年 5 月に第三者評価事業のガイドラインを発表した。これを受け、各都道府県でも第三者評価事業が必須の事業となった。しかしながら、その受審費用は A 県を例にみると、特養等の入居施設では 1 回あたり 300,000 円から 630,000 円と高額であり、評価方法や項目についても評価機関によってまちまちである。

介護保険施設のサービスを評価する項目としては、例えばA県の場合は、「介護保険サービス評価に関するA県基準」を公表しており、この基準をもとに自己評価を行ってきた。これは、事業者が指定基準（厚生省令）を満たした上で、さらにより良いサービス水準を目指して自己評価を行い、サービスの質の向上を図るとともに、評価結果を公表することにより利用者の適切なサービス選択に資するためのものとして作成された。

なお、この基準はサービス評価の着眼点を整理したものであり、事業者の総合評価を行う際には、各項目の重要度に応じたウエイト付けが必要であることから、項目の「○」の数の多寡が直ちにサービスの優劣を示すものではない。

このほかに、評価する項目としては、監督する都道府県が指導項目として使用する「自己点検表」がある。これは、各種サービスの運営基準や介護報酬上の基準を主眼とした点検を目的とするものであり、いうなれば「最低限」のサービス基準の点検を行うものであるといえる。

また、良質なサービスとされるユニットケアのサービスの質を評価する具体的手法も確立されていない。サービスの自己評価や外部評価・第三者評価などが有効に機能しているとはいえず、今後、サービスの質を高めるための新たなシステムを開発することが求められている。

以上のとおり人的環境の背景として、今後、労働力人口が減少するなかで、介護事業者がその必要性により増加し、認知症高齢者の増加も伴う現状のなかにおいても、サービスを担う人材の安定的な確保が求められ、同時にそのサービスの質も担保しなければならない。このような背景から、①適切な認知症ケアを提供できる介護職員の短期間育成が必要であり、また、②サービスの質を向上するための仕組みとしてサービス評価事業があるが、ユニットケアの質を評価する具体的手法が確立されていないことなど、がうかがえる。

#### 4.2. 個別ケアの充実のためのアセスメントツールに関する背景

要介護高齢者が入居する施設等では、近年個別ケアの考えが定着し、入居者が生活上大切にしている行動様式を効果的に生活支援に活かすことが求められている。特に特養やグループホームなどの認知症高齢者を支援する事業所においては、入居時のリロケーションダメージを防ぐことも重要な課題のひとつとなっている。また、環境の変化などに伴うBPSDの増悪に関する報告も多く、これまでの生活スタイルを大きく変えることのない支援が求められている。ユニット型指定介護老人福祉施設の基本方針並びに設備および運営に関する基準に示される基本方針のなかにも「入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう」<sup>15)</sup>と明示されるなど、入居に伴う生活の変化に留意しながら支援することが介護保険制度上も求められている。認知症高齢者が入居する施設での基本的な理念も、従来の効率重視の集団処遇から個人のQOL（quality of life）を重視した個別ケアへと変容し、その考えは種々のアセスメントツールなどにも反映されている。また、支援者が記載する日々の記録様式についても職種を問わずそれぞれの入居者ごとに記録されることが標準的なスタイルとされてきており、そのうえで加藤らは具体的な会話や行動・状況を記録することの必要性を指摘し<sup>16)</sup>、本人に携わるすべての職員が記録に記載、閲覧できることが求められている。すべての援助者が本人に関する情報を同時に共有し、共通の理解に基づいて支援することが強く求められている。これらの理念に基づき、

これまで多くの実践者が入居者の生活歴や趣味嗜好等をアセスメントし、生活支援に活かしてきた。その実践例は数多く、多数の有用な知見が蓄積されている。

特にこのような実践導入例をみると、認知症介護研究・研修東京センターでは、2008年4月より、厚生労働省からの委託を受けて認知症ケア高度化推進事業を行い、筆者らが中心となり「ひもときシート」<sup>17)</sup>を作成した。認知症ケアに取り組む実践現場では、旧来のケアからなかなか抜け出せない、あるいは認知症という病気やケアに関する理解不足により、症状をさらに悪化させてしまうという悪循環が生じている場合も少なくない。このような状況から、認知症の人の言葉や行動にばかり目を奪われてしまい、背景にある本人からのメッセージやシグナルに気づけないでいることが多く、この場合「困難事例」としてとらえてしまう。そのシグナルに気づいていくためには、援助者がそれを読み解く力を身につけ、その人の生活背景や事象の前後について状況分析を行いながら、『本人にとっての問題』をひも解いていくことが重要である。そこで、一定のプロセスを踏みながら思考整理の手伝いをするを目的として開発したのが、困難や課題と考えていることを明確にし、事実に基づいた情報の整理をしながら本人の求めるケアを導き出す（ひもとき）ための「ひもときシート」であった。

ひもときシートは、アセスメントの視点と焦点を定めていくための「前段階の作業」と位置づけており、事実情報の集積や分析をするアセスメントとは異なり、根拠のない対応をやみくもに繰り返す状況から、事実と根拠に基づいた適切なケアにつなげていくための「思考の整理」として使用するものである。ひもときシートは、援助者の思いこみや試行錯誤で迷路に迷い込んでいる状況から脱するために、シートのそれぞれの段階で「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」の考え方を学び、援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考に転換し、課題解決に導こうとするツールとして開発された<sup>18)</sup>。これにより、認知症の行動や心理面に対するケアのアプローチを見出すことが可能となった。

しかし、入居者を中心とした思考整理の有用性をより効果的に進めるためには、入居者個人が生活上、大切にしている行動や習慣等の「こだわり」を把握するツールが必要であると考えられる。これまでのツールとしては、認知症の人のケアマネジメントセンター方式<sup>19)</sup>があり、心身情報把握シートや24時間情報シート、なじみの暮らし方を把握するためのシートを活用することにより、激しい徘徊が減少したという事例<sup>20)</sup>や暴言や拒否の激しい方への対応に役立てた事例<sup>21)</sup>も報告されているが、生活上の詳細な情報を把握するような、例えば入浴の手順（体を先に洗うか、頭を先に洗うか）といった具体的な細かいこだわりまで引き出せるツールとはいえない。

鬼塚らは研究で「行動、興味および活動が限定され反復的で常同的な行動様式」を「こだわり行動」として定義しており、6つに分類している。「常同行動」：身体全体またはその一部を反復的、常同的に動かす行動、「固執」：興味対象が固定化し、反復的、常同的に興味を示す行動、「配列」：固定化した対象を配列する行動、「儀式的行為」：ある特定の場面において、決まった手順や方法で行う行動、「質問嗜好」：ある特定の内容について同じ形式で反復的に質問する行動、「空想」：誰もいないのに、一人で物語を話し始めたり、その場にいない対象名をいったりする行動である<sup>22)</sup>。

上記の分類から安田は健常者も持ちうる可能性のあるこだわり行動の「固執」（例えば、「ある特定のものを常に持ち歩く」）、「配列」（例えば、「家具などがいつもと違

う位置にあることを不快に感じる」）、「儀式的行為」（例えば、「入浴は決まった時間に決まったやり方です」）の3つは、通常の生活に付随したものであると考え、学生を対象にこだわり行動について調査し、分類し特徴を考察している。その結果、「ある対象（携帯電話・必需品以外）へのこだわり」、「配列へのこだわり」、「儀式的行為へのこだわり」、「携帯電話のこだわり」、「必需品（金銭等）へのこだわり」「発散行動へのこだわり」、「その他」の7つのカテゴリに分けている<sup>23)</sup>。

木島らは、「ショートステイ利用時の認知症の人の本人のこだわりに施設側が歩み寄ることで、自然なリズムが続くよう援助することが重要となるであろう<sup>24)</sup>」と述べている。介護サービスを受けるために生活の居場所が変わったとしても、今までの暮らしの継続性を尊重した生活面での工夫や、これまでの人生におけるこだわりや暮らし方を支えることこそが、その人を中心としたケアといえる。これこそが個別ケアの実践といえる。そのためにはこだわりに視点を当てたケアをすべての職員が実践できる環境を整えることが重要である。つまり、その人の持っている「こだわり」を知ることによって個別ケアの実践につながる。この「こだわり」を生活支援に活かせるような介護者向けの支援ツールの作成が求められている。

#### 4.3. 認知症ケアにおける働きやすい環境づくりに関する背景

特養では、介護職員を対象としたストレスに関する研究はこれまでも行われてきたが、介護職員はさまざまな身体的障害への支援やBPSDなど困難な対応を強いられ、コミュニケーションを図ることも難しいため、身体的・心理的な負担が非常に大きくなると考えられる。

また、劣悪な労働環境下に置かれている介護労働者の労働実態は、①不安定就労、②低賃金、③重労働、④健康悪化、⑤教育・研修の不備からくる仕事上の不安、などの点にほぼ集約される<sup>25)</sup>。

さらに、宗像は「うつ病や神経症に陥りやすい専門職者のために、専門的なカウンセラーの援助が必要であろう。対人専門職の場合、教師でも、医師でも、看護婦でも、こうしたことには難色を示すこともありうるが、人の命や人生に大きくかわる対人専門職にこそ必要であろう<sup>26)</sup>」と述べている。

このことから、筆者の社会福祉法人（以下、法人）では2009年に、介護職員のストレス対策を含めた「心の健康づくり」に力を入れた。職員の心の健康保持増進のため、厚生労働省の指針に基づいた取り組みを行うこととした。常勤の臨床心理士を配置し、専用の面談室を常設した。この取り組みは、職員への心理的支援のほか、認知症や精神疾患などを有する入居者支援にも対応、また、ケースカンファレンスへの参加等につながった。また、心理的側面が理由の休職者の復職対応にも対応することが大きなメリットとしてあげられた。社会福祉法人がこのような常勤の臨床心理士を配置している例は極めて少ない。

#### 4.4. 人的環境をふまえた認知症に関する研修事業の実践

これら認知症に関する社会的背景をふまえながら、筆者の長期にわたる社会福祉事業の臨床経験のなかで、特養を拠点として認知症高齢者に対するサービスの質の向上に向けた実践を行ってきた。認知症の人を支援するコンセプトは「人間としての尊厳」や「その

人がその人らしく生きること」、これらを実現することが必要であり、そのためには関わるすべての人が、認知症への理解を深めることが求められる。そのなかでも特に、専門職として認知症ケアを展開できる実践的な能力を介護現場で発揮できる職員の育成が急務であると認識し、筆者の法人はそれらの専門職を育成する研修機関であるべきととらえて専門的な研修を主催する等、地域の中心となった事業計画を作成した。具体的には、厚生労働省が定める一部指定地域密着型サービス事業所の指定要件および認知症専門ケア加算の要件に該当する研修である、「認知症介護実践（実践者・実践リーダー）研修」「認知症対応型サービス事業管理者研修」の研修機関としての指定を受けるための事業計画を策定した。

2009 年に A 県および A 県内の政令指定都市 B 市の「認知症介護実践（実践者・実践リーダー）研修」の研修機関としての指定（A 県および B 市第 1 号指定）を受けた。また、「認知症対応型サービス事業管理者研修」については、知事の修了証が交付されることになった。2009 年の 10 月から開始し、2010 年度からは継続して年 6 回、認知症介護実践リーダー研修は年 2 回開催している。これらの研修受講者数は 2009 年度 126 名、2010 年度 339 名、2011 年度 268 名、2012 年度 246 名、2013 年度 325 名、合計 1,304 名である（写真 1-4-1）。これらの研修には A 県内だけではなく、県外からも受講者があり、受講された事業所からのリピーターも多い。開催場所は、B 市で年 2 回、その他は、C 町において年 4 回を実施している。このネットワーク構築型合宿研修は、高く評価されている要因のひとつである。また近隣の他事業所のリーダー格の人材が当該研修で学ぶことが多くなり、管内の地域における認知症ケアの質の向上にも寄与している。



写真 1-4-1 認知症介護実践研修の受講風景

さらに、地域包括ケアシステムを支える人材の確保と専門性の向上は、2008 年の地域包括ケア研究会においても課題として報告されているとおりである。また、（公財）介護労働安定センターが実施した 2012 年度介護労働実態調査（全国 7,511 の介護事業所による回答）では、「早期離職防止や定着促進のための方策」として「能力開発を充実させている（社内研修実施・社外講習等の受講・支援等）」と回答した事業者が 56.2%とその研修の重要性と必要性を感じていることがわかった。

そこで、筆者の法人では人材育成方針を定め、法人内部研修を職種やキャリア別等に



細分化しキャリアパスと連動させ、計画的に行うことによりその充実を図ることとした。さらに、法人内部の研修、教育体制の整備だけではなく、地域内の他介護事業所にもその研修の機会を提供することで地域全体の介護サービスの質の向上が期待された。

2008 年からは、新規採用者研修、ユニットリーダー研修、介護スタッフ資質向上研修、セクシャルハラスメント窓口担当者研修、管理者研修、北欧式トランスファー研修、看護職員研修、介護支援専門員研修、栄養士研修などの体系的な法人内研修を開始した。2008 年度は年間 18 回の分野別研修を開催し、延べ 269 名の参加があった。2009 年度は分野別および職種別の研修を 18 回開催し、参加者は延べ 345 名であった。2010 年度は、26 回の研修を分野別および職種別に開催し、延べ 342 名、2011 年度は 25 回開催し、この年度より介護スタッフ研修を初級・中級・上級のキャリア別の研修と制度化し、延べ 404 名となった。

2012 年度からは、キャリア別、分野別の研修に管内地域連携研修会と称して、法人内の職員研修開催に合わせ、近隣市町村内の介護保険事業所へ研修を案内し広く参加者を募った。研修全体では 29 回の開催のうち、管内地域連携研修会を 15 回開催し、法人内事業所より延べ 479 名。外部事業所より延べ 71 名の参加があった。

2013 年度は、2 月現在で 29 回の研修を実施し、法人内より延べ 585 名の参加があり、管内地域連携研修会は 15 回開催をし、外部事業所より延べ 42 名の参加があった。「近くて」「気軽に」「安く」質の高い研修を受講できることから外部事業所からも多くの職員の研修参加につながった（図 1-4-1）。

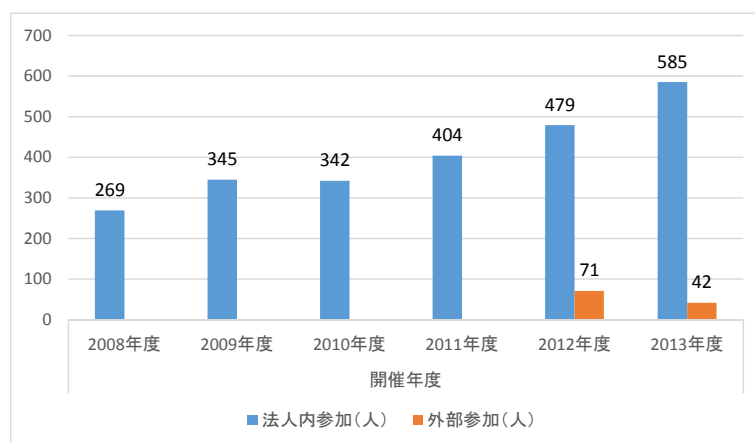


図 1-4-1 法人内研修参加者数と地域連携研修会の参加者数の推移

この他、公的福祉・人材確保緊急支援事業や地域人材確保対策事業等の補助事業の実施を通じて、比較的研修に参加しにくい勤務体制といえるグループホーム等の小規模事業所を対象とした複数事業所連携事業研修会の開催やキャリアパス支援研修、潜在的有資格者養成研修等に 2009 年度から取り組み始めた。2013 年度においては、キャリアパス支援研修の他に、福祉のしごと魅力アップ事業にも取り組んでおり、福祉の仕事の魅力を知る機会を設けることにより人材を確保するという目的で実施した（写真 1-4-2）。



写真 1-4-2 キャリアパス支援研修の様子

2009 年度から 2013 年度の参加者の累積数は 1,500 名を越え、筆者の法人が主催する研修が地域のなかで定着化しつつあり、また筆者の法人だけでなく、この各種研修に参加した近隣の特養、グループホームなどの職員の方々がそれぞれの職場で力を発揮している。

認知症ケアに関して「認知機能等の評価に用いる検査の実施方法と結果の見方」、「認知症介護現場の生活環境」、「認知症ケアに必要な病気の知識」など 10 を超えるテーマで研修を行い、当地域において多くの認知症のエキスパートの輩出につながっている。

介護職員への研修の実施は定着してきたものの、今後はさらに実践的な内容での教育システムが必要ではないかと考える。

認知症ケアにおいては、対応が困難であると言われるケースもあり、個別的で専門的な対応が求められ、そのためのケアの「ヒント」「気づき」を与える実践的な教育法が必要である。基本的には OJT (on the job training) における対応と考えられるが、「気づき」を与えることができる教育プログラムを作らなければならない。また、人材を確保していくための働きやすい環境づくりにつながる組織運営、体制の強化が必要である。高齢者施設には、ますます地域社会において求められる役割が大きくなることが考えられ、地域社会において力を発揮できる人材育成が必要である。

#### 4.5. 人的環境をふまえたユニットケアの実践

ユニットケアの実践は、施設の物理的環境面と密接な関係があるため、ユニットケアの物理的側面とその背景については次節で述べ、ここでは、サービスを提供する者としての人的環境要因としてのユニットケアの実践について述べる。筆者が運営する A 特養は認知症専用型の特養として開設し、ユニットケアを導入したのは 1998 年 4 月からである。そのきっかけは 1996 年に A 特養の敷地内の一角で、特養の入居者 8 名を対象に家庭的な環境を整え、約 6 ヶ月間共同生活を実践したことに遡る。この実践は、既存の特養の個室整備に伴うユニットケアの導入とグループホームの本格的な開設に向けての試行的な取り組みであった。ユニットケア導入前は、施設の理念に沿った「認知症ケア」の提供が不十分であった。当該施設のケア理念は、「専門的な知識と技術を持ち、高齢者にとって望ましいケア環境を整え、たえず適度な刺激を与えることによって、高齢者の持っている健康な能力を引き出すような、そして何よりも、高齢者の自尊心が高められるようなケアを提

供すること」である。これまでのA特養におけるケアが、自らのケア理念に即しているかどうかを振り返り、「理念に沿ったケアを提供したい。」という職員の想いによりユニットケアに取り組んだ。それは、利用者がその人らしい、あたりまえの生活を送り、しあわせに暮らすことができるよう、一人ひとりの生活を大切にするとともに深く関わり、心と心のつながりを大切にしたい。また、高齢者にとっての楽しい環境と楽しい人間関係づくりを大切にしたいという想いであった。以下、その実践についての経過を記す。

1992年～1993年は「グループホームケア」についての情報収集を行い、1994年と1995年には2回にわたるスウェーデンとデンマークの海外先進地視察研修に参加し、収集した情報と海外先進地視察で得たグループホームでのケアの方法を取り入れた。

1996年、職員にこの新たな認知症ケアの基本的な考え方についての教育を行った。同時に、グループホーム仕様の単独の建物（木造平屋建、約340㎡、個室8室）を新築し、既存の特養の介護職員3名と8名の入居者が移り住んだ。6ヶ月間生活をともにし、グループホームケアを体験した。そのことにより、職員自身が、小規模で家庭的な雰囲気の中で暮らすこと、少人数の入居者と固定した介護職員との顔なじみの関係を築くこと、そして、寄り添うことの大切さを学んだ。

1997年、グループホームケアとユニットケアの推進には、介護職員の意識改革と新しいケアの方法についての教育は不可欠であると考え、試行的取り組みのために建設した建物を、新規採用職員の共同生活体験宿泊施設として活用した。このグループホーム仕様の建物で、約1年間共同生活をしながら働くことで、1) 共同生活の善し悪しの体験、2) 人間関係の難しさ、3) 協働することの大切さ、などの気づきの場とした。

また、OJTによる研修に力を入れ、内部の職員によるOJTだけではなく、研修効果を高めるために外部からの講師によるスーパーバイズを受けるようにした。同時に、自らの取り組みを客観的に評価するためサービスの自己評価を行い、介護職員の意識の高揚を図るため、大学など研究者の調査・研究の受け入れを推進した。

1998年、既存の特養（4人室25部屋、100名）にユニット型の個室30室の増築を行った。10名を1ユニットで構成し合計3ユニットとした。ユニットには、リビングとキッチンを設置し、居室には洗面、トイレ、シャワーブースを設置した。既存施設の100名の入居者のなかから30名が個室・ユニット増築棟へ移行した。ユニット棟での少人数によるユニットケアと既存大規模施設におけるユニットケアに関する比較検討をするため、既存棟に残った70名の入居者を大きく2つに分け、35名のユニットを構成し、ユニットケアを実践した。しかし、35名のユニットでは人数が多すぎるため、ユニットのスタッフを固定しても、顔なじみの関係や寄り添うケアの提供は不十分であった。この時の職員配置人数は、配置基準である入居者3名に対し、介護・看護職員1名の割合で実施した。なお、この取り組みは2000年3月の噴火による災害避難施設の入居者の受け入れ施設として、増築のユニット棟を使用したため、2001年9月までユニットケアの取り組みを一時休止し2001年10月に再開した。

2001年10月、本格的なユニットケアの導入を行った。ユニットケアを導入するに当たり介護職員相互で確認した事項は次のとおりである。①理念の理解を深める。②施設の環境を家庭的な生活の場にするため、職員一人ひとりが施設の現状を点検する（長すぎる廊下、なじみの家具の少ない居室、広すぎる食堂、寛ぐお風呂とはかけ離れた特殊浴槽、利

用者の生活から分離したスタッフルーム、これらをどう工夫するのかについて話し合い、環境を整える）。③仕事に追われ、見過ごされがちだった高齢者の暮らしぶりを理解する。④介護職員をユニットに固定する。⑤家族の協力を得て、なじみのものを置く。⑥高齢者とのなじみの関係をつくる。⑦大きなユニットでも、小さなユニットでも、入居者にあった「生活」や「暮らし」の場にする、などである。

この実践により、施設全体で同じ勤務時間であったものが、ユニットごとに見直し、出出勤もユニットの入居者の生活に合わせたシフトとした。入浴の曜日や時間も、浴室に空きがあればいつでもどのユニットの入居者でも入れるようにした。要介護度 4～5 の入居者にも「ゆったりと寛いでお風呂に入ってもらいたい」と、一人用の檜浴槽を導入することで、特殊浴槽の利用が減少した。車椅子での食事やリビングでの過ごし方に疑問を持ち、一人ひとりに合った椅子を用意し、車椅子は移動の時しか使わなくなった。家族の面会時に介護職員がお茶や菓子を用意することで、入居者と一緒に過ごすようになった。入居者が入院している時は、職員が休みでも遊びに行くようになった。入居者一人ひとりと、しっかり向き合うことで、不安や混乱、怒りやストレスなどを早期に解消することができると知った。また、BPSDに隠された「求めていること」や「したいこと」が理解できるようになり、その原因を探ることの大切さを学んだ。

環境の変化では、小さな生活空間が、高齢者にとって容易に自分の居場所をつくれることに気づいた。お互いの会話が辻褄の合わないものであったとしても、お互いにうなずき、微笑む 関係を大切にしなければならないことを実感することができた。また、いつも同じ顔がある環境は、顔なじみの信頼関係を築きやすく、安心感を与えることがわかった。「業務に追われたケアではなく、利用者と一緒に生活する、暮らすという感覚でケアすることが大切だ。」と、介護職員の口から出るようになった。

実際に、このユニットケアへの環境移行が入居者に与える影響について、足立により明らかにされている<sup>27)</sup>。これによると、ユニットケア導入後は、入居者と職員の会話が増加傾向を示し、職員は共有空間で入居者と共に過ごし、見守ることができる環境となったことが関わりを促進したと報告されている。このようにユニットケアの有効性が確認されている。

ユニットケアは物理的環境についても変化を必要とするが、同時に職員の意識の変化や体制の変化も必要であり、「人的環境」と「物理的環境」は密接な関係のうえで成り立っていることが明らかにされた。

しかし、ユニットケアが定着するまでには、長期間にわたる教育と実践が必要であった。改修や増築型のユニット型施設では限られたハード面の工夫によりユニットケアを展開するが、今後新たにユニットケアに取り組む場合に、ユニットケアが早期に定着するまでの職員研修等の教育体制の確立とサービスの質を向上させる仕組みづくりが必要である。

## 5. 物理的環境要因の背景と実践

### 5.1. 認知症に関する物理的環境の背景

「物理的環境」とは、認知症高齢者が暮らす建築的環境を指し、その空間の雰囲気や設備を含むものである。特養などの入居施設では施設環境という。

認知症高齢者の居場所として、グループホームを除く特養等の介護施設には 87 万人が暮らしているとされ<sup>28)</sup>、さらに特養においては、入居者の 9 割以上が認知症を有しているとされており、重度の認知症高齢者が住まう場であると同時に、終の住処としても特養が認知症高齢者に果たす役割は大きい。

提供される介護サービスは、何よりも利用する高齢者の立場に立って提供されなければならない。サービスの提供にあたっては、あくまでも高齢者の「生活の質」の維持・向上を目指す観点から利用者本位の姿勢が貫かれる必要がある<sup>29)</sup>。

厚生労働省は、これまでの特養における 4 人部屋等の多床室主体の集団ケアの住居環境を抜本的に改善し、入居者の尊厳を重視したケアの実現のために、2001 年「全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホーム」の整備を発表した（厚生労働省，2001）。実際にユニットケアを実施している施設は、2003 年に総数 5,084 ケ所のうち、ユニット型特養が 1.5%から、2009 年には総数 6,126 ケ所のうち、31.3%、2012 年には総数 6,984 施設の 42.9%に急増している（表 1-5-1）。

表 1-5-1 ユニット型特養数の推移

	特別養護老人ホーム		
	全施設	ユニット型	割合(%)
2003	5,084	75	1.5
2004	5,291	373	7.0
2005	5,535	771	13.9
2006	5,716	1,116	19.5
2007	5,986	1,503	25.1
2008	6,198	1,780	28.7
2009	6,126	1,917	31.3
2010	5,978	1,995	33.4
2011	6,403	2,357	36.8
2012	6,984	2,995	42.9

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」を基に筆者作成

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html>)

ユニットケアによる入居者への効果については、壬生により先行研究が整理されており、次のように述べられている<sup>30)</sup>。「三浦は、「個室・ユニットケア」を導入した施設の入居者・職員双方の行動記録調査を通じて、リビングの滞在時間の増加や入居者・スタッフの交流の増加など、ADL (activities of daily living) や QOL のいずれにおいても入居者の生活面全般で質を向上させたことを明らかにし、村岡らは、ユニットケアにおける入居者および職員の効果を整理し、職員の質やケアの質を実践のなかで高める手法であるとした。また、山口は、事例検討を通して、従来型特養のユニットケアの導入が、認知症高齢者のユニットへの順応過程において、スタッフや入居者同士のコミュニケーシ

ョン量の増加を示し、入居者の意欲・気力の向上、グループにおける親密な関係の構築などの改善が見られたことを明らかにした。」と述べ、上田は、「個別ケアが行われることにより、利用者の生活が活性化され、その結果として、「生活の場」としての機能を果たすことができる。」と述べている<sup>31)</sup>。これらのようにユニットケアの効果が明らかにされている。

その一方で、ユニットケアの質の向上のためのユニットケア研修もその制度化から 10 年以上が経過し、研修のあり方等についても検討が加えられているが、「施設長・管理者が「ユニットケア」について十分に理解していない」、または「根拠に基づくケアに対するニーズが高まっている」などの課題が取り上げられており<sup>32)</sup>、ユニットケアが定着するための効果的な研修方法は未だ確立されていない。鈴木らによる質問紙調査において、ユニット型経験少群が経験多群よりも利用者との関係において有意なストレスを感じているという結果<sup>33)</sup>が示されており、新設のユニット型特養では、経験少群が多いため、ストレスからユニットケアの質が確保しにくい。

ユニットケア推進のため、2003 年からは厚生労働省の委託により、ユニットケア手法の内容を正しく理解し、質の高い個別ケアを推進するために、ユニットケア研修が認知症介護研究・研修東京センターユニットケア推進室により実施された。2006 年度からは、常勤のユニットリーダーについては、当面はユニットリーダー研修受講者を各施設に 2 名以上配置することが示された（厚生労働省 解釈通知[老発 0330 第 3 号]）。その結果、2011 年度末までにユニットリーダー研修受講者は全国で 18,843 名に達し(表 1-5-2)、ユニットケア実施施設数は 2012 年 10 月現在、全特養 6,984 施設のうち、2,995 施設まで増加している<sup>34)</sup>。

ユニットケアが普及してきた一方では、特養の認知症を有する在所者数は増加しており、特養における個室化とユニットケアの歴史的背景は異なるものの、その生活環境とケア環境の向上が求められている。またユニットケアの推進のためには、施設に従事する職員の資質向上と適切な建物(ハード)の整備も必要不可欠である<sup>35)</sup>。

表 1-5-2 ユニットケア研修受講実績（年度別人数）

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	合計
管理者研修受講者数	207	269	292	298	447	443	384	358	377	3,075
ユニットリーダー研修受講	189	477	636	1,795	2,893	3,036	3,166	3,267	3,384	18,843

しかしながら、その制度化から 10 年以上が経過したにもかかわらず、ユニットケアの理念が十分に定着しているとは言い難い状況も明らかとなっている<sup>36)</sup>。建物の物理的環境の整備方法についても明確化されておらず、施設基準に基づいた施設内環境を整備することとなっており、施設内の環境を最大限に活かす方法は明確ではない。

以上のように、物理的環境の社会的背景としてまとめると、ユニットケアの理念に基づく施設の物理的環境の具体的な整備方法が不明確であることがあげられる。

人的環境と物理的環境との関係性については、人的環境を強化することにより、人材が育成され、ユニットケアの物理的環境を最大限に活かすことができる。つまり人材育成が物理的環境要因へのアプローチの基盤となる。

## 5.2. 認知症に関する物理的環境の向上に向けての実践

前項のユニットケアの導入は、施設環境に大きな変化をもたらした。Lawton によると、認知症の場合、特に環境の影響を受けやすい<sup>37)</sup>ため、認知症のBPSDの軽減や精神安定と心身機能の維持に、ユニットケアやグループホームのような小規模で家庭的な環境をつくるのが非常に有用であると考えられることができる。

ユニットケアを導入した際に、A特養では、認知症高齢者の環境支援指針であるPEAP日本版3を適用し、ユニットケアへの転換が与えた影響について、足立らによる研究調査が行われた。

対象施設のA特養は、30床のユニット増築棟のほか、70床の既存型特養についても生活・介護単位を小規模化した。4人用の居室は、各ユニットで和風居間や洋風リビングの空間に模様替えし、介護職員室は調理などの生活リハビリをするための空間とした。単調で長い廊下は家具等で変化をつけ、居場所を特定する際の手がかりになるように配慮した。このような施設的な雰囲気を家庭的にするなどの工夫によって、入居者の精神安定のための物理的環境の改善のための環境づくりを実施した。

その結果、①入居者の行動と居場所の多様化、②共用空間での入居者同士や職員との交流頻度の増加、③徘徊が有意に減少し、ユニット内での滞在時間が増加するなどのBPSDの軽減が確認された。このような有用性が確認された一方で、一度の改善で満足することなく、常に継続的に努力と改善を行っていくことが重要であることが指摘されている<sup>38)</sup>。この継続的なサービスの質を担保する改善のシステム化が不可欠となっている。このことについては、継続的なサービスの質の改善であるため、人的環境の充実が不可欠である。

その後、2013年から2015年まで特養や地域密着型サービスの整備を計画的に行ってきたが、施設内の物理的環境の工夫や居住環境の配慮についての知見をまとめていなかった。そのため、その経験の整理を行うことで、物理的環境要因へのアプローチの知見を得ることができると考えた。

また、ユニットケアと物理的環境との関係性を平面構成から明らかにすることで、ハード面からユニットケアに取り組みやすい物理的環境の整備ができると考えた。この平面構成要素との関係が明らかになることで、ユニット型施設だけではなく既存や改修型の施設においても同様に、効果的に工夫することが可能となる。

また、入居者の居室などのプライベート空間には個別的な設えが比較的可能と考えたが、多数の入居者が共有する空間においては、職員が考える「家庭的」な環境として設えることが一般的であり、エビデンスに基づく高齢者自身が望む環境とその空間づくりは今後必要不可欠になる。



## 6. 社会的環境要因の背景と実践

### 6.1. 地域の認知症高齢者の社会的環境の背景

「社会的環境」とは、被介護者との関わりや集団の規模を指す意味も含まれるが、本研究では、認知症高齢者が暮らす地域社会を指し、広義での社会的環境と定義した。

日本では 1963 年に老人福祉法が制定され、1995 年には高齢社会対策基本法により、高齢者は「国民が生涯にわたって社会を構成する重要な一員として尊重される」と明記され普遍的な理念が示された。

しかし日本は、世界に類をみない長寿国となったと同時に、認知症高齢者の増加にもなう対応が求められ、前述のとおり認知症高齢者の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよい介護等が提供できるよう認知症施策は進められてきた。

2000 年に施行された介護保険法では認知症介護の基盤整備に一定の役割を果たした。介護保険法の事業目的には、認知症高齢者への支援も念頭においており、2005 年の改正時には「高齢者の尊厳の保持」を明確化する趣旨が盛り込まれた。さらに、地域の社会的環境においては、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している（図 1-6-1、図 1-6-2）。市町村の特性に応じた独自のシステムを市町村が主体となり推進することとされている。

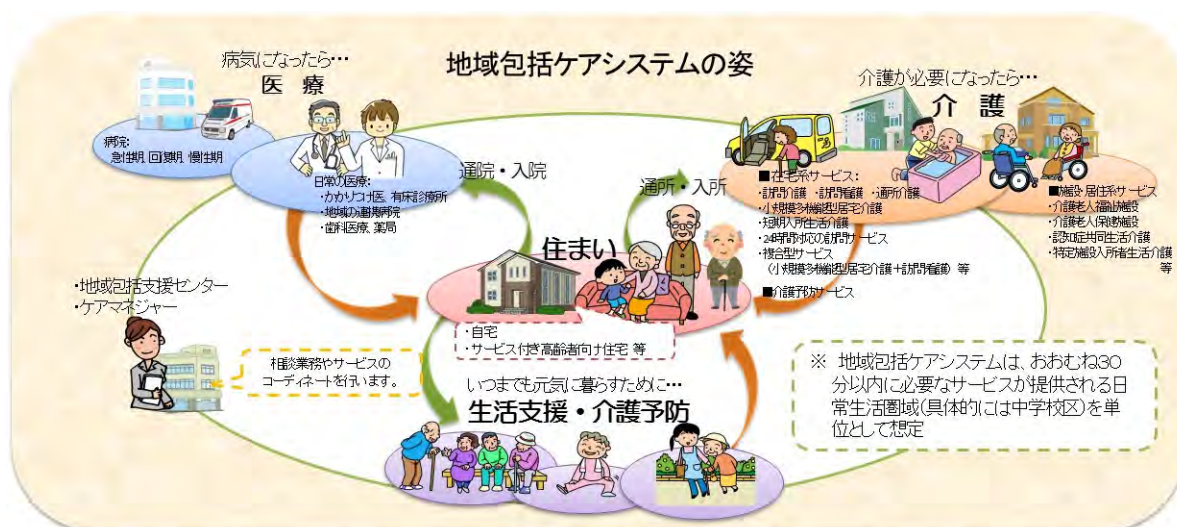


図 1-6-1 地域包括ケアシステムの姿（出典：厚生労働省）

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)



## 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

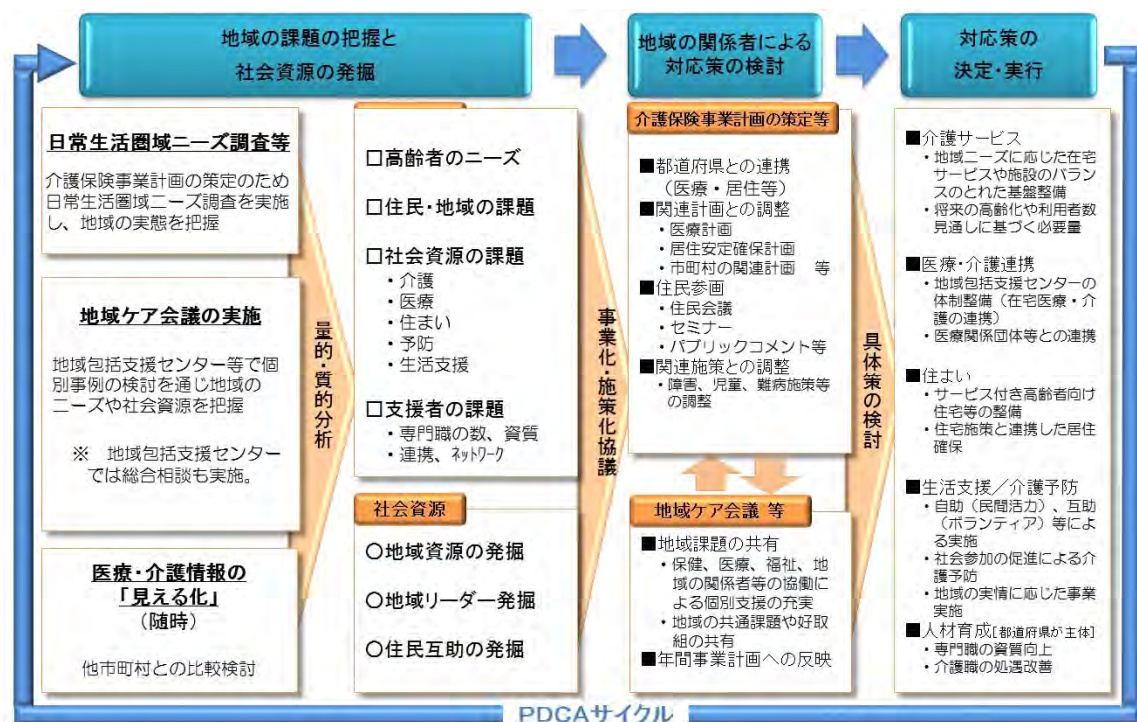


図 1-6-2 地域包括ケアシステム構築のプロセス概念図

出典：厚生労働省

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

厚生労働省は、2004 年 12 月に「痴呆」の呼び名を「認知症」に改め、これを契機として 2004 年から「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年構想」を発表し、つづく 2005 年度が「認知症を知る 1 年」と位置づけた。単なる呼称変更にとどまらず、今後多くの人々に認知症が正しく理解され、また認知症の方が安心して暮らせる町がつくられていくよう、その第一歩として、普及啓発のためのキャンペーンを行った。2014 年の到達目標は、「認知症を理解し、支援する人が地域に数多く存在し、すべての町が認知症になっても安心して暮らせる地域になっていること」を掲げた。これにより地域社会への理解が深まり、認知症サポーターが増加するに至っている。

一方で、「47 都道府県 認知症に関する意識・実態調査報告書」<sup>39)</sup>によると「あなたは認知症について知っていますか。」という質問では 9 割以上がある程度知っていると回答しているが、親の認知症の症状に気づいても、3 割以上が 1 年以上経って家族・知人以外の専門家に相談しており、2 割以上はまだ相談も行っていないという結果であった。さらに、そのなかで 1 年以上経って相談した人の約半数が、もっと早く相談すればよかったと後悔していると回答している。このように認知症に関する理解は、以前に比べると大幅に改善されてきたが、認知症を疑っても家族も含めて相談しにくいということを示して

いる。また、約 8 割が、認知症に関する必要な情報が十分に入手できていないと感じていることから依然として地域に対する啓発活動が必要といえる。

同時に、認知症施策の促進のため、2008 年には「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」、2010 年には社会保障審議会介護保険部会での「介護保険制度の見直しに関する意見」、2011 年には「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 2R とりまとめ」でさまざまな提言がなされ、実施されてきた。2012 年には認知症施策検討プロジェクトチームにより「今後の認知症施策の方向性について」や認知症高齢者数の将来推計等に基づき、厚生労働省は 2013 年から 2017 年までの「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を策定した。

2014 年には「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定し、今までの認知症施策を見直した。

目指すべき基本目標は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。

新オレンジプランでは、以下の 7 点の推進事項が設定された。①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発およびその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、これら 7 点を柱とした取り組みが行われている。

しかしながら、現実には各自治体や地域が果たさなければならない役割は大きく、課題となっている地域もある。特に、過疎地域においては社会資源が限られてしまい、需要と供給のバランスが維持できない状況となっている。自治体や地域が求められる役割を果たすことができない現状において、社会福祉法人や高齢者施設がその役割を補完して取り組むことの必要性を示している。近年では社会福祉法人制度改正にもみられるように、高齢者施設には地域社会に対する社会貢献のための公益的取組みが制度上でも要請されるようになった。

以上のとおり、社会的環境の背景としてまとめると、社会資源が限られる地域においては、高齢者、特に認知症高齢者に対する必要なサービスの提供ができないことがあげられた。

## 6.2. 地域社会への介入実践

以上のような社会的背景において筆者は 2004 年から 2006 年にかけて、地域住民の認知症介護についての知識・技術の啓蒙と認知症の予防・早期発見・対応について、施設の持つ専門性や機能を活かしながら、地域の基盤整備を図ることを目的とした町づくりの取り組みを行った。特に、高齢者介護研究会の「2015 年の高齢者介護」報告に基づく、認知症高齢者介護と小規模・多機能サービス拠点のあり方を検討し、認知症高齢者の生活が継続できる「地域住民参加型」の高齢者地域ケアのシステム構築を図ることをねらいとして A 町において実践を行った。

まず、2004 年に「A 町暮らしの場づくり推進委員会」を発足した。委員の構成メンバーは、自治会、学校、商店、企業、社会福祉協議会、行政、A 町議会議員、学識者として

和歌山大学、北星学園大学と北海道医療大学から各教授、福祉・介護サービス提供事業者の参画を得た。この委員会では、本取組み全体の方向性の決定や活動内容の検証などについて議論し、全7回開催した。委員は本事業の推進役を担った。



写真 1-6-1 A町暮らしの場づくり推進委員会

事業の拠点として、A町地域高齢者支援センター設置についてA町暮らしの場づくり推進委員会で検討した（写真 1-6-1）。ここでは会議や委員会の開催、生活相談コーナーの設置、世代間交流事業の実施、逆デイサービス、認知症に関する理解の啓蒙のためのパンフレット展示、配布などを事業の目的遂行のために、人の集まりやすい場所とすることがあり、A町所有の建物の貸与を受け、センターを設置した。介護教室のほか、福祉施設の果たす役割や機能の理解のための施設見学会や、世代間交流事業、福祉間交流事業も行った。この支援センターの活動が定着したことで、事業の集大成でもある、地域密着型サービスが2007年9月に同一敷地に新築開設するに至った。

このほか、A町「SOSネットワーク<sup>注1</sup>」を立ち上げ、地域の認知症高齢者等の安心ネットワークづくりに取り組んだ。高齢者や地域住民の事故や被害を未然に防ぐため、或いは地域で行方不明が出てもスムーズに捜索活動ができるための情報伝達を目的に、A町SOSネットワーク推進委員会を設置し（写真 1-6-2）、B自治会を皮切りにC地区、D地区と地域単位でネットワーク体制を整えてきた。年間ひとつの自治会でのネットワーク体制をつくるというペースでの体制づくりであった。



写真 1-6-2 A町SOSネットワーク推進委員会

また、地域住民組織による予防・対策委員会の設置の取組みとして、認知症について広く理解をしていただくため自治会・老人クラブや学校での研修会、勉強会、講座などを開催するとともに、A町認知症ケア研究会を組織することで、認知症に関する啓蒙を図った。

認知症に関するシンポジウム「認知症高齢者が地域と共にある暮らしのシステムの構築」を開催し、町民 222 名が参加した。シンポジウムでは、町民からの要望でもある「介護予防とまちづくり」について基調講演があり、引き続き、A町暮らしの場づくり推進委員会委員のコーディネーターにより、シンポジウムが進められた。シンポジストは、行政の立場から「A町の現状と課題」、家族の立場から「母親の介護経験と家族の思い」、調査・研究報告「介護家族のストレスを分析する」と題してA町暮らしの場づくり推進委員会委員、そして補助事業実践施設より「A町での活動から見えてきたもの」について報告があり、意見交換が行われた。

また、実態調査として家族介護者の介護負担の調査を実施し、認知症介護における家族介護の今後の課題と対策を明確にし、啓蒙活動の内容の再検討をすることを目的に行われた。家族介護者が抱える負担やストレスの特徴としては、女性問題としての側面、介護者の高齢化、介護保険制度の改正とサービスの限界、介護と続柄があげられ、介護者自身の身体と心の健康に関しては、身体の不調（身体が疲れやすい、肩や首がこる）、睡眠不足、不眠、イライラ感、将来に対する不安感、自分の生活の犠牲感などのストレスの特徴がみられ、高齢者虐待の可能性が考えられた。

これらに基づき介護負担の軽減方策として、介護に対する考え方の転換が必要であり、具体的には「家族が全面的な介護をすべき」という義務感、社会的な建前からの脱出、「ひとりですべてやらなければ」という使命感、孤立した状態からの脱出、「手抜きをしてはいけない」という強迫観念、完璧な介護からの脱出などの必要性がみられた。そして、介護ストレスを避けるためには、①介護を孤立した状態で続けない。②介護を支援してくれる社会サービスや社会的な仕組みの情報を集め、それを利用する。③介護に関して、他人に技術的にも心理的にも支援してもらうことや恐れず、ストレス解消の方法を見つける。この3点の重要性が示唆された<sup>40) 41)</sup>。

この他、2005年から2015年現在に至るまでの10年間では以下のように、地域社会への物理的環境要因からの支援として、2市2町において社会資源整備を推進した。

2005年には広域型特養 124 床、2007年に訪問リハビリテーション、グループホーム 2 ユニットとデイサービスセンターと地域交流 Café の併設型施設、2008年に小規模多機能型居宅介護とグループホーム 2 ユニットの併設型施設、2010年にはグループホーム 1 ユニット、2011年には居宅介護支援事業所、2012年には認知症対応型通所介護（以下、認知症デイ）、2013年に地域密着型特養、2014年にサービス付き高齢者向け住宅、地域密着型特養、2015年に認知症デイと在宅系サービスや居住系サービスおよび地域密着型サービスを含む総合的な社会資源の充実を図ることで地域貢献を行ってきた。

以上の地域の町づくりの実践に対する課題としては、地域の認知症高齢者への支援として SOS ネットワークを自治会単位で結びつけることによってネットワークが強化され、その集合体として A 町全体の SOS ネットワークを構築することである。さらに、その機

能を果たすための継続的な訓練の実施が必要である。

また、家族介護者への支援として、24 時間相談窓口の設置や認知症に関する介護教室の開催、認知症に対する啓発活動を維持することが課題としてあげられた。

上記の他、社会環境における最大の課題は、A町のような人口が1万人以下の小さな自治体、特に高齢過疎地域においては、地域が主体となって社会環境の向上の仕組みづくりを計画し、実際に実行することが困難であることがあげられる。

社会的環境への実践では高齢者施設や介護事業所の整備など物理的環境の創出という観点からも社会貢献してきたが、新オレンジプランの基本目標を達成すべく計画策定を行うこととされているものの、実際には地域の人的資源も限られている。各自治体では高齢者保健福祉計画および介護保険事業計画の遂行に留まっており、インフォーマルなサポートを含む社会資源の発掘や地域の認知症高齢者を支える新しい仕組みづくりの展開は期待できない現状にある。

#### 注1 SOSネットワーク

認知症の方が行方不明になった際に、早期発見と早期対応ができるシステム。地域住民の他、警察、消防、公共交通機関とも連携したネットワークである。

## 参考文献

- 1) 中島紀恵子編, 中島紀恵子, 北川公子, 大久保幸積, 宮崎直人: グループホームケア-痴呆の人々のケアが活きる場所-, 日本看護協会出版会, 41, 2001
- 2) 日本建築学会編: 人間-環境系のデザイン, 彰国社, 16, 1997
- 3) 児玉桂子編: 高齢者居住環境の評価と計画, 中央法規出版, 69, 1998
- 4) 鈴木健二: 入居高齢者の視点からみた痴呆性高齢者グループホームのケアと空間構成に関する研究, 30-31, 2003
- 5) Uriel Cohen, Gerald D. Weisman: HOLDING ON TO HOME, 岡田威海監訳, 浜崎裕子訳 老人性痴呆症のための環境デザイン, 彰国社, 20-21, 1995
- 6) 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の将来推計人口(平成24年1月推計), 2012 (<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>)
- 7) 公益財団法人介護労働安定センター: 平成24年度介護労働実態調査結果, 2012
- 8) 内閣府: 介護保険制度に関する世論調査, 2010 (<http://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/index.html>)
- 9) 厚生労働省: 平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況, 結果の概要, 4(2), 介護保険施設の利用者の状況(2)在所者の認知症の状況, 2010 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html>)
- 10) 須永一道, 柳澤利之, 新任介護福祉士のコンピテンシーモデル-短大生および短大卒業生のコンピテンシーモデルからの考察-, 新潟青陵大学短期大学部研究報告, 第40号, 101-107, 2010
- 11) 松尾祐子: 介護福祉士の新人教育に関する考察, 共創福祉, 第2巻第2号, 27-39, 2007
- 12) 認知症介護研究・研修仙台センター: 高齢者虐待の実態と防止・対応上の留意点, 2014
- 13) 宗像恒次: ストレス解消学-過労死・がん・慢性疾患を超えるために-, 小学館ライブラリー, 171, 1995
- 14) 日本介護福祉士会: 第4回介護福祉士就労実態と専門性の意識に関する調査報告書, 82, 2002
- 15) 厚生労働省: 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準, 最終改正平成二四年三月一三日厚生労働省令第三〇号, 2012  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000039.html> 平成27年5月1日閲覧
- 16) 加藤伸司監修, 大久保幸積, 武田純子: 認知症高齢者BPSD52事例記録表現集, 日総研出版, 26, 2010
- 17) 認知症介護研究・研修東京センター監修, 編集代表大久保幸積, 宮島渡: 認知症ケアの視点が変わる「ひもときシート」活用ガイドブック, 中央法規出版, 2013
- 18) ひもときねっと, 認知症ケア高度化推進事業:  
<http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/info/about.html>
- 19) 認知症介護研究・研修東京センター編集三訂: 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方, 中央法規出版, 2011



- 20) 吉田恵, 大久保幸積: 激しい徘徊とすぐ怒る入居者に対するアプローチ, 108-113, 認知症ケア事例ジャーナル 2008, vol.1 no.1, ワールドプランニング, 2008
- 21) 井谷富彦, 大久保幸積: 利用者の暴言・拒否に悩んでいるスタッフへの支援, 173-178, 認知症ケア事例ジャーナル 2008, vol.1 no.2, ワールドプランニング, 2008
- 22) 鬼塚良太郎, 大神英裕: 自閉症児・者におけるこだわり行動の変遷について, 九州大学教育学部紀要, 教育心理学部門, 42(1・2), 105-119, 1997
- 23) 安田朋香: 一般健常者のこだわり行動に関する調査研究, 関西大学文学部心理学論集, (2), 25-28, 2008
- 24) 木島輝美, 井出訓: ショートステイを利用する認知症高齢者が安定した暮らしを維持するための要素, 暮らしにおいて定常化されている要素に着眼して, 日本認知症ケア学会誌, 10(1), 28-38, 2011
- 25) 国民医療研究所編: 21 世紀の医療・介護労働, 本の泉社, 329-330, 2000
- 26) 宗像恒次: ストレス解消学-過労死・がん・慢性疾患を超えるために-, 小学館ライブラリー, 172-173, 1995
- 27) 足立啓: 「既存特養における痴呆ユニットケアへの環境移行が入居者に与える影響に関する研究」厚生科学研究費補助金 21 世紀型医療開拓推進研究事業, 痴呆性高齢者のグループホーム及びケアユニット等における有効・効率的なケアのあり方に関する研究平成 13 年度総括研究報告書, 41-47, 2002
- 28) 厚生労働省秋葉厚生労働副大臣: 認知症施策報道配布資料, 2013  
([http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou\\_kouhou/kaiken\\_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf))
- 29) 大森彌編集代表: 施設介護が変わる新型特別養護老人ホーム 個室化・ユニットケアへの転換, 中央法規出版, 8, 2002
- 30) 壬生尚美: 特別養護老人ホームのユニット型施設と従来型施設における入居者の生活意識, 人間福祉学研究, 4 (1) , 77-90, 2011
- 31) 上田宣子: ユニットケアにおけるコンタクトパーソン導入の有効性-ケアの質の向上と人員削減の両立の可能性を探る-, 龍谷大学大学院研究紀要, 社会学・社会福祉学, 13, 79-92, 2006
- 32) 株式会社三菱総合研究所人間・生活研究本部: 「平成 25 年度ユニットケアに係る研修のあり方に関する研究」報告書, 平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 16, 2014
- 33) 鈴木聖子: 環境条件からみた特別養護老人ホームケアスタッフの職場内教育における課題-ユニット型と既存型の比較から-, 社会福祉学第 48 巻第 1 号, 81-91, 2007
- 34) 厚生労働省: 平成 24 年介護サービス施設・事業所調査の概況, 2014  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service12/dl/gaikyo.pdf>.)
- 35) 株式会社三菱総合研究所人間・生活研究本部: 「平成 25 年度ユニットケアに係る研修のあり方に関する研究」報告書, 平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 6, 2014
- 36) 厚生労働省老健局高齢者支援課長通知: 平成 25 年度以降の「ユニットケア施設管理者研修」及び「ユニットリーダー研修」の実施について, 2013
- 37) 児玉桂子, 足立啓, 下垣光, 潮谷有二編: 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり,

- 彰国社，13-14，2003
- 38) 日本認知症ケア学会編：「認知症ケア基本テキスト-BPSD の理解と対応-」，ワールドプランニング，126，2011
- 39) エーザイ株式会社，エーザイ・ジャパン：47 都道府県認知症に関する意識・実態調査報告書，2012
- 40) 日本生命財団編：「高齢社会を共に生きる」日本生命財団，大阪，26-34，2007
- 41) 大橋謙策，白澤政和共編：地域包括ケアの実践と展望-先進的地域の取り組みから学ぶ-，中央法規出版，217-230，2014



## 第 2 章 研究の目的と課題

---

## 第2章 研究の目的と課題

### 1. 先行研究の動向

#### 1.1. 介護人材に関する研究

我が国における認知症ケアに携わる介護人材育成や確保のための先行研究は、永田や岡本らによって研修制度について考察しているが、極めて少なく今まではそれほど重要視されていなかった。認知症高齢者の増加に伴い、サービスの多様化と高度化により介護人材の確保とその育成が喫緊の課題となっている。しかし、認知症ケアはケアを行う介護専門職の質に依存しているため、介護専門職の質をどれだけ高められるか、また、その高めた質をどれだけ維持できるかが重要である。

このように介護人材の専門性が問われているが、平野によると、これまでの専門職モデルは知識や技術を基盤とした固定的完成モデルであったとされる。しかし、「利用者の生活能力に着目すると、それ自体が社会生活のなかで獲得・形成され、刻々と変化するものであり、その生活能力の個人差が利用者の個別性につながることを考えると固定的な知識や技術では対応できない」と指摘している<sup>1)</sup>。

そこで、その専門性を高めるための教育方法についてみると、人材育成の手法としては職場外研修（O F F - J T : Off the job training）と職場内研修（O J T : On the job training）、自己啓発（S D S : Self-development-system）に分類できる。

ケアは知識だけではなく、実践を通じた経験内容を体系化していくことが必要不可欠であることから、介護現場において、業務を通じて介護技術や知識学習の知見をケアの実践のなかで生かしていく作業が必要である。橋本によれば、職場で仲間を育てるO J Tの研修が有効であり、チューターシステムは職場の先輩が後輩にそれらのものを伝えていくシステムとしてのO J Tの手法である<sup>2)</sup>。現在ではこの体制により新任介護職員の教育を行っている施設も多い。

認知症介護研究・研修東京センターが実施した調査<sup>3)</sup>によると、入所系施設で施設内集合研修の実施は82.2%であったが、個別研修の実施については63.9%であり、その対象は新任者対象が90.4%と最も多かった。しかし、集合研修の効果測定の有無は評価していないが65.1%、個別研修の効果測定の有無は評価していないが56.4%であった。

同様に、遠藤らによると、対人理解技術向上の取り組みに対する効果測定について、すべての調査対象の介護保険施設または事業所において、明確な効果測定方法を有していなかったことがあげられている<sup>4)</sup>。また職務に必要な知識・介護技術の確立、能力向上の目標設定や教育・研修体制の整備などキャリアパスを支援する職場環境を創りあげることが必要であり、特に、新人教育に関しては事業別、サービス種別による職場環境の特性に応じた現場教育が重要<sup>5)</sup>だと指摘されている。これらから職員個々のレベルに合わせるとともに、新任介護職員の効果的な育成体制の確立が課題である。

さらに、ユニットケアが制度化され推進されているが、ユニットケアの定着のための研修体制も確立されていない。

阿部による介護職員の職場環境に関する研究では、「労働条件の改善のみで、離職を防止して定着を促進するには限界があり、「働きやすい」職場環境を整え、介護職員がそ

の専門的能力を発揮して、利用者や地域社会に対する役割を実現することで、「働きがい」が形成されるように支援していくことが求められる」と指摘している<sup>6)</sup>。

また、遠藤によると、組織は、介護職員の本来的なミッションである利用者利益を生み出すことを施設内の人材育成方策として位置づけつつ、組織的・体系的に取り組むことができるよう組織論への理解を深めること<sup>7)</sup>とされている。そこで、人材育成の環境を整えるよう組織強化が求められている。

## 1.2. 施設サービスの質とケア環境に関する研究

近年の急速な高齢化による高齢者の増加に伴い、高齢者福祉施設(以下、高齢者施設)の需要も増加している。高齢者は住み慣れた環境、すなわち自宅で自立生活を継続できることが望ましいが、施設に生活拠点を移行する場合に、この要素に関わる対人関係・生活空間・日常生活習慣すべての一新を余儀なくされるため、そこでの落差を縮めることが社会的な課題となっている。このなかで物理的環境を主に扱う建築計画の分野は、これまで生活者の基本的日常生活や介護のための、効率的な空間性について検討を進めてきた。しかし、特養の原則個室化を機に、自己管理下でプライバシーの確保された個人空間、対人関係を調整すべく段階的空間構成、家族的規模での生活環境等、生活の質を向上するための計画を重視する傾向が一挙に強まっている<sup>8)</sup>。そのため高齢者施設では施設の住環境に「家庭らしさ」を取り入れ、住みやすさ・暮らしやすさを考えていく取り組みが行われてきている。加藤は空間構成について、デイルーム等には高齢者の生活の質を向上させるために、現状分析やケアスタッフの意見に基づいた居場所づくりを繰り返し実践できる、空間的なフレキシビリティが備わっていることが重要である<sup>9)</sup>と述べている。これは具体的な環境づくりは各々の施設に応じた設えの実践に委ねることであり、「家庭らしさ」の環境を実現するには至っていない。

児玉らは「PEAP日本版 3」および「認知症高齢者に配慮した施設環境づくり支援プログラム」を開発し、2002 年から特養などの実践現場において職員と共に環境づくり実践の取り組みを行ってきている<sup>10)</sup>。そのポイントの多くは「ふれあいを促進する家具を置く」、「ふれあいのきっかけとなる小道具を用意する」、「スチールの柵などの施設的な雰囲気を醸し出すものを排除する」<sup>11)</sup>といった原則が主流である。そのため施設や職員がこの原則をもとに考えた「家庭らしさ」が設えの判断基準となりがちであり、高齢者である入居者の意向をふまえてのものであるとはいいがたい状況にある。また、「家庭らしい」事物の先行研究では、比較的若い年代は、祖父母の家のような和風の事物が多い住宅を「家庭らしい」ととらえている人が多いと考えられる。45 歳以上になると、現在普及している住宅を「家庭らしい」としており、そこには洋風の事物がある場合が多い<sup>12)</sup>といった具合に職員の年代によっても、家庭らしさが変わってしまうことも考えられる。したがって、高齢者施設においては、高齢者自身が望む施設内環境の要素について明らかにする必要がある。

施設の居住環境は、それまでの特養は、4 人部屋を基本とし、居室空間では個人の家具を置くことは困難な環境のなかで、施設側の定められた日課に合わせた生活を送り、限られた職員で多くの高齢者を効率的にケアしなければ業務を遂行することができず、流れ作業的なケアが実践されてきた<sup>13)</sup>。しかし、ケア環境の小規模化は入居者および介護職員

にとっても有効であることが示され<sup>14)</sup>、ユニット型施設の増加につながった。ユニット型施設は、全室個室を基本とし個別の生活空間のなかで、1 ユニット 10 名以下の共同生活を送り、入居者中心の個別ケアの実践を目指すものであった。このような2つの対極的な施設ケアの特徴を、高橋は「提供者中心型」の従来型ケアと「利用者中心型」のユニット型ケアとして多面的に分析し、ヒューマンサービスを実現する上でユニットケアの必要性を述べている<sup>15)</sup>。ユニット型施設の有効性については、山口が事例研究により、ユニットケアの導入が認知症高齢者にもたらす効果について明らかにした<sup>16)</sup>。また、張らは、個室・ユニットケアの導入が施設ケアの質や職員意識を改善させるための有効な方策のひとつであることを提唱している<sup>17)</sup>。足立の全国郵送調査においても、従来型施設がユニットケアを実施することによる全体的な評価が高いことを示している<sup>18)</sup>。個室・ユニットケアは、プライバシーが守られ、個々の利用者の尊厳、その人らしさを保持することができ、仕事の多様性や裁量度が高いため介護職員の仕事の自律性を保障することになる。壬生の特養における介護職員の肯定的な感情に関する意識調査においても、ユニット型施設が従来型施設の介護職員より有意に高い結果であったことから職員にとっても働きやすい環境であることが示唆されている<sup>19)</sup>。

一方で厚生労働省は、「続々と開設されるユニットケア型のハードウェアを備えた施設において、本来の目的にかなうユニットケアが行われるかどうかという点が重要<sup>20)</sup>」と指摘している。すなわちユニットケアの本質・基本的な理念の再確認と組織内への浸透が必要であることが課題<sup>21)</sup>であり、質の高いユニットケアの実践が必ずしも十分に浸透していない。

厚生労働省の指摘する本来の目的にかなうユニットケアが行われているかの客観的な評価を行うことが求められるが、そのユニットケアの質の評価を行うために開発された指標は存在しない。高齢者の居住環境を評価する指標としては、米国では一般高齢者を対象として Moos, R が開発した多面的施設環境評価法 (MEAP: Multiphasic Environmental Assessment Procedure), Sloane らによる治療的環境評価尺度 (TESS: Therapeutic Environment Screening Scale)、および認知症高齢者の施設環境評価尺度である Weisman, GD の認知症環境アセスメント (PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol) 等が開発されてきた。また、日本では児玉らが用いた多面的施設環境評価尺度<sup>22)</sup> 等もあるが、いずれも居住環境の評価に主眼が置かれた指標であり、必ずしもユニットケアの質の評価に特化した指標ではない。同様に、鈴木らによると認知症高齢者の QOL 評価尺度として、欧米では 1990 年代から ADQOL (Alzheimer's Disease Related Quality of Life) 等の評価尺度が開発され、日本においては認知症高齢者の QOL 調査票等の評価尺度が開発されてきた<sup>23)</sup> が、ユニットケアにおけるサービスの質を評価する指標としては使用することができない。施設サービスの評価では、「老研版特別養護老人ホームサービス評価法<sup>24)</sup>」や「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準<sup>25)</sup>」等があるが、いずれもユニット型施設に対応していない。

ユニット型施設の評価では、厚生労働省によってユニットリーダー研修実地研修施設を選定する調査票が作成された。しかし、それだけでは全国のユニット型施設で、自らの施設の質改善への具体的なポイントが不明確であり、質の向上につなげるのが難しかった。また、ユニット型施設の質の改善には、ユニットケアの内容をさらに理解し、改善を

実行するための仕組みが不可欠だが、これまではそのような仕組みは存在していなかった。

このことにより、ユニット型施設がこの自己評価票を活用して、質の向上につながる評価ポイントについて有益な情報を得ることができるようになった。しかし、各施設による自己評価だけでは、客観的には限界があるため、ユニット型施設の質向上には自己評価だけではなく、施設同士が相互に評価することができるシステムを構築する仕組みづくりが課題である。そのためには、ユニットケアのような物理的環境と密接に関連する支援には、まず人的環境要因への強化による人材育成と組織強化を整備することが必要であり、介護職員が自ら改善やサービス向上に参画できるよう効果的な人材育成を見据えたサービスの質の向上に資するための仕組みづくりが必要である。

### 1.3. 地域社会に関する研究

ここでは、高齢社会が抱える社会問題とは別に、地域社会における課題を整理する。

認知症高齢者が在宅生活を継続するにあたっては、居住環境の視点からみると、一般の高齢者と共通する移動能力に対応する在宅環境配慮と、認知症高齢者の個々の状態像の特徴に対応する在宅環境配慮の両方の在宅環境配慮が不可欠であり、どちらが欠けても在宅生活継続が困難になるとされている<sup>26)</sup>。これは住宅の改修や住環境の工夫、福祉専門職との関わりの重要性を示している。

一方、地域社会環境において、地域包括ケアシステムの構築のため、各市町村での取り組みがされているが、市町村規模の小さい町村ではその地域に存在する医療機関および福祉関連施設等が少ないため、施設間で連携しないと住民に十分対応できない。このことから地域包括ケアシステム構築への意識は高いと推測されるが、構築のための経済的・時間的・人材的負担は大きいと考えられ、地域医療政策への対応も必要である<sup>27)</sup>と指摘されている。

2006年に内閣府が実施した「地域における高齢社会対策の現状と課題に関する調査」<sup>28)</sup>では、全国の市町村を対象として地域の高齢者支援対策の実施状況調査を行っている。介護が必要な高齢者の家族に対する支援策について、実施している支援策では、「介護知識・技術の講習会の開催」が53.1%、「介護家族等の相互交流」が52.2%であった。実施を検討しているものとしては、「認知症高齢者を介護する家族に対する見守り等による支援」が40.7%と最も高い数値であった。地域における認知症高齢者に対する支援の必要性を表している。

流石らによる先行事例では認知症サポーター養成講座に参加した地域住民が、さらに高齢者施設の認知症を持つ入居者と施設内で交流する「ふれあい体験」の実施により、高齢者施設への理解促進と認知症の理解が促進された事例<sup>29)</sup>がある。また、黒田らが実施した、ある地域での住民意識調査によれば、「認知症になっても、その人の意思をできる限り尊重してあげたい」との回答率が92.7%と高いものの、一方で、認知症に対して怖いと感じる人は4割を占め、接し方が分からないと感じる人は3分の2と少なくなかった<sup>30)</sup>との結果があり、町づくりには住民の理解促進が必要であり、その機会をつくる主体となる社会資源が必要である。

さらに室崎は、地域での認知症高齢者の居住継続を支えるためには、地区環境ネットワークという面的な広がりを持つ多様な関係性により支えられるとされ、特に既成市街地

では、高齢者は活動領域が縮小しても、歩いて生活できる小さな領域のなかでコンパクトに生活を展開しており、近所の人や近隣環境との関わりが重要であると述べている<sup>31)</sup>。地域で支えるネットワークの重要性が示される一方で、認知症高齢者の活動は制限され活動領域はさらに縮小されることになり近隣とのネットワークが希薄になることが考えられる。そこで高齢者施設などの資源を地区環境ネットワークに取り入れることも有効と考えられている。しかし、現在、そのような高齢者施設と地域社会とのネットワークづくりによる連携強化による認知症高齢者の支援はシステム化されていない。

#### 1.4. 環境要因の統合に関する研究

「人的」「物理的」「社会的」それぞれの環境要因に関連する研究は、それぞれの分野において進められているが、それぞれが独立した環境要因の支援として完結したものであった。

広井は、「福祉－環境－経済」の統合についての展望をまとめている<sup>32)</sup>が、社会保障政策としての福祉とエネルギーや自然などの環境を、市場との関連から述べ、社会構造としての「統合」であり、具体的な高齢者支援における統合したシステムではない。植田も同様に環境と福祉の統合について述べている<sup>33)</sup>が、広井の概念を基礎としたものであり、当研究の概念とは全く異なるものである。

認知症高齢者を取り巻く環境に対する具体的な支援方法を統合した社会支援システムは存在しない。

これらのことから「人的」「物理的」「社会的」の3環境への独立した支援方法を最終的に統合する社会支援システムを構築することが喫緊の課題である。

## 2. 研究の目的と課題

### 2.1. 研究課題の整理

第1章の背景および本章における実践ならびに先行研究をうけて、本論文における具体的な研究課題を以下のとおり整理した（図2-2-1）。

#### (1) 人的環境要因の課題（第3章）

認知症高齢者が増加し、労働人口が減少する社会問題のなかで、各種介護関連制度も整備され、ケア環境やサービスも複雑化し、適切な認知症ケアが求められる。物理的環境要因および社会的環境要因へアプローチするためには基本となる人材育成・組織強化が必要となる。

- 1 認知症ケアの必要性が高まっているが、新任介護職員への効果的な教育方法が確立されていない。そのため、新任介護職員の効果的育成のための教育方法をつくる。
- 2 認知症高齢者にも適したユニットケアが推進されているが、その運用の難しさから定着していないことが多く、ユニットケアの早期定着のための教育方法が確立されていない。そのため、ユニットケアの早期定着のためのリーダー育成と研修制度をつくる。
- 3 認知症高齢者は自身のこだわりを重視した個別ケアを受けることで、不安のない生活を送ることができるが、従来のアセスメントツールでは、そのこだわりの一部が反映されない。そのため、個別ケアのための「私のこだわり」チェックシートを作成しケアに活かす。
- 4 ユニット型施設は、継続的なサービスの質の改善が求められるが、自ら行う評価には限界があり、施設の質の改善や組織強化につながる評価システムが存在しない。ユニット型施設間の質の向上のための相互評価の仕組みをつくる。

#### (2) 物理的環境要因の課題（第4章）

認知症高齢者が増加し、入居者の9割以上が認知症高齢者という現状で高齢者が住まいとして望ましい居住環境を探る必要がある。ユニットケアが推進されているが、職員がその物理的環境を最大限に活かすことができていない。

- 1 高齢者施設および介護事業所の整備を行ってきたが、物理的環境の創意工夫や改善点を整理していない。そのため、施設内の物理的環境への配慮についてまとめることにより、その知見を施設内環境改善に活かす。
- 2 施設では入居者自身の意向を把握したうえで、居住環境を設えることが重要だが、職員が明確に意向をつかんでいないといえない。そのため、高齢者自身が求める環境を明らかにし、施設環境づくりに活かす。
- 3 職員が施設の物理的環境を有効に活かすことが必要だが、ユニット型施設のハード面を十分に活かすための知見は明確ではない。そのため、ユニットリーダー研修実地研修施設を目指す施設の評価点と平面構成の関係から望ましい環境を考察する。

### (3) 社会的環境要因の課題（第5章）

認知症高齢者が増加し、高齢過疎地域においては、地域の社会資源も限られ、住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会を目指す必要がある。

- 1 高齢過疎地域であっても、認知症高齢者やその家族が地域で暮らし続けるための仕組みが必要だが、施設と社会との関係性が希薄であり、現状の仕組みではその問題を解決できない。そのため、高齢者施設が支援体制をつくり、地域の町づくりを行う。
- 2 認知症高齢者が地域で暮らし続けるためには、その進行状況に応じたサポートが必要だが、過疎地域においては、認知症高齢者の早期発見・早期対応のための社会資源が不足している。そのため、施設が地域の社会資源調査を実施し、認知症ケアパスを作成し、不足するサービスの補完や福祉計画への提言を行う。



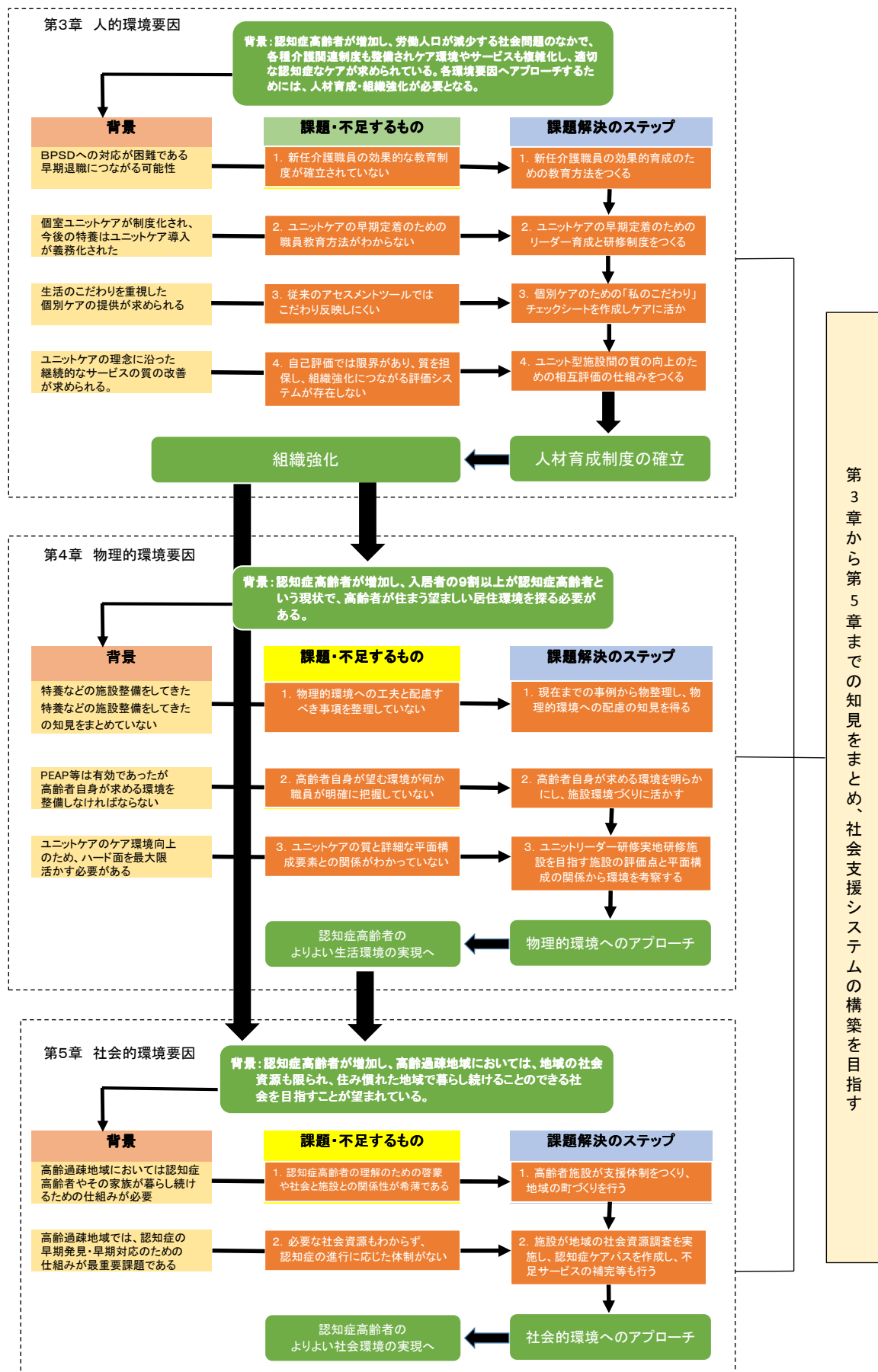


図 2-2-1 本研究における各章の課題と流れ

## 2.2. 研究の位置づけ

先行研究からは、人的環境要因と物理的環境要因と社会的環境要因に対する支援についてそれぞれに対する環境支援の重要性が示され、本研究は、それらを統合する新たな社会支援システムとして認知症高齢者への支援方法の構築を目指す実践的研究である。認知症高齢者を対象とした老年学のうち、社会福祉や建築計画を含む臨床福祉領域であると同時に、複数の環境要因を統合することにより支援システムを機能させる社会システム工学の領域としても位置づけられる。

## 2.3. 研究の目的

本研究は、認知症高齢者の生活の質の向上のために不可欠な要素である「人的」「物理的」「社会的」の3つの環境要因に対して有用な支援アプローチの手法を提案し、すべての環境のベースとなる「人的環境要因」への支援アプローチを中心として、「物理的環境要因」への支援アプローチ、「社会的環境要因」への支援アプローチを統合した実践的な社会支援システムとして新たに構築することを目的としている。これにより、それぞれが補強しあう統合化された認知症高齢者の社会支援システムが可能となり、人材育成と組織強化による高齢者の生活の質を高めることにつながるという点で本研究は意義がある。

## 2.4. 各環境要因との関係

### (1) 人的環境要因 × 物理的環境要因

人的環境要因と物理的環境要因については、高齢者施設においてユニットケアが推進され、その施設内の生活環境が向上していくなかでも、その物理的な環境を最大限に活かすことができず、ユニットケアの理念に沿ったケアが浸透していないという背景がある。その施設内環境では、サービスとしてのケアを提供するのは職員であり、その環境を活かすためにはそこに働く人材の育成が必要である。各施設における平面構成を活かすことができるのも人的環境と、組織強化による適切な方針のもとでサービスを提供することにより施設環境を最大限に活かすことができると考えられる。よって、物理的環境要因に対するアプローチは、人的環境要因へのアプローチによる人材育成と組織強化が前提となる。

### (2) 人的環境要因 × 社会的環境要因

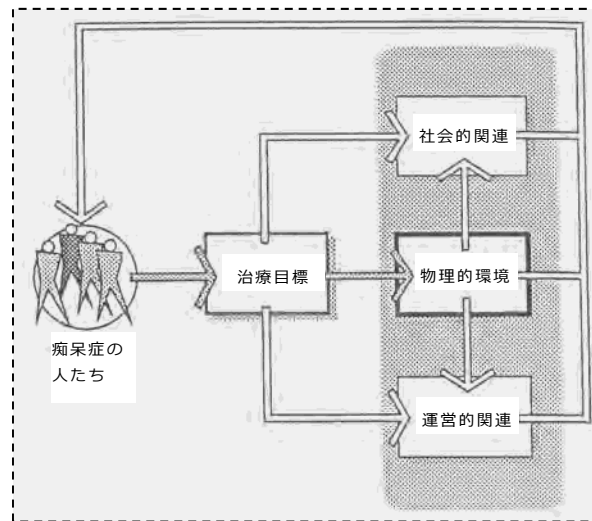
人的環境要因と社会的環境要因については、施設における介護職員は施設の入居者へのサービス提供という職務に留まっており、そのため地域社会との関係性が希薄となっている。本来、社会福祉法人制度改革でも要請されるような地域に対する公益的な貢献活動が実施されるべきであるが、実施されていない。施設の介護職員が持つであろう専門性を地域で発揮することを地域社会が求めている。具体的には地域における認知症の啓蒙や専門的な相談窓口としての役割など多岐にわたる。しかしながら、その介護職員が、十分な知識と技術を持ち、自ら考え、自ら判断し、自ら行動できるよう育成しなければ、地域でその能力を発揮することはできない。よって、社会的環境要因に対するアプローチには、人的環境要因のアプローチによる介護職員個々の資質向上と施設の組織強化が必要であり、人的環境要因へのアプローチなくして社会的環境要因へのアプローチは機能しない。

### (3) 物理的環境要因 × 社会的環境要因

物理的環境要因と社会的環境要因の関係については、地域社会に向けて、高齢者施設等の建築物を整備することによる地域の社会資源の充実や利便性の向上、また社会的環境要因を構成する地域住民が、物理的環境である高齢者施設の利用、交流や開放などにより活用されており、相互に密接な関係にあるといえる。社会的環境要因との関係を維持していくことで、物理的環境は、固定化した閉塞的な環境要因となることを回避することができ、多くの社会的な影響を受けて、より使いやすく、より洗練されたものとなる。例えば、新規の利用者や地域住民といったユーザーの意見を高齢者施設や拠点で採り入れるといったことが、これに当てはまるといえよう。また物理的環境要因の還元を受けることで、社会的環境は専門的な視点からの知識や技術を享受することができる。例えば、地域での介護技術講座や、住宅の改修における専門職からのアドバイスなどがあげられる。

上記(1)～(3)から、人的環境要因は、物理的環境要因と社会的環境要因の基盤をなす環境要因であるため、統合する社会支援システムの中核的役割を果たすものであり、最初に強化すべきものである。そのうえで施設内の物理的環境を適切に評価、改善することが可能であり、施設外の社会的環境要因へのアプローチへと発展する社会支援システムである。いずれの環境要因も相互に影響していることは明白であり、人的環境要因の強化は、社会における認知症高齢者の生活の質向上には欠くことができない重要な要因である(図2-2-2)。

これまでの認知症高齢者と環境の構成に関する概念



本研究が目指す「環境要因の統合による社会支援システム」の概念

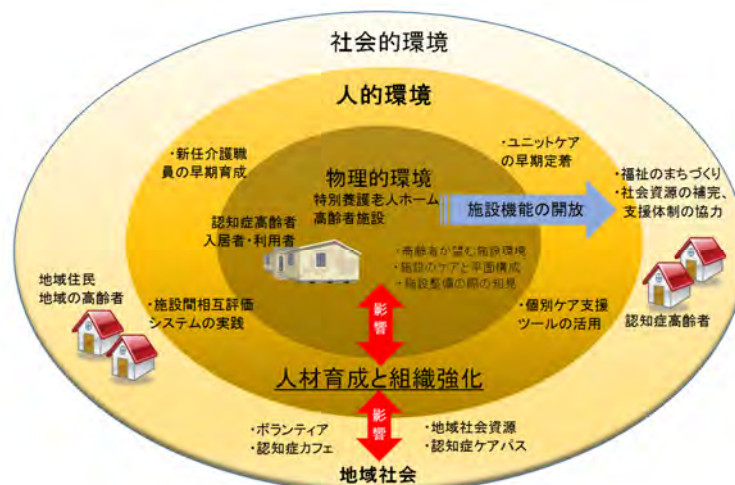
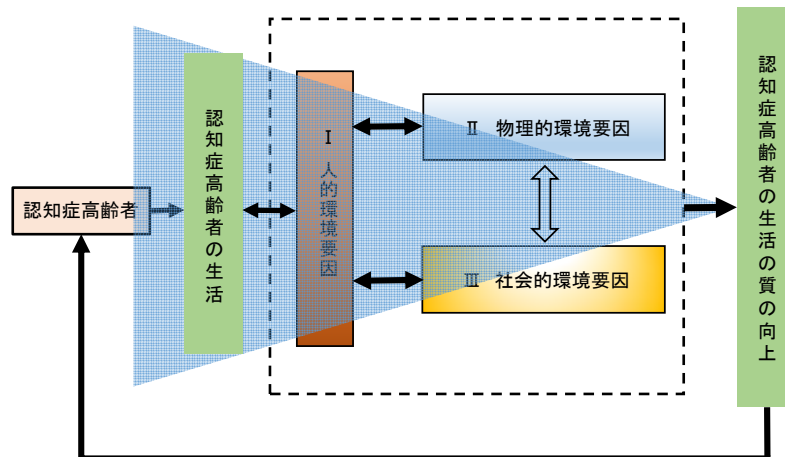


図 2-2-2 本研究の概念図

### 3. 本論文の構成

本論文は 6 章で構成されている(図 2-3-1)。

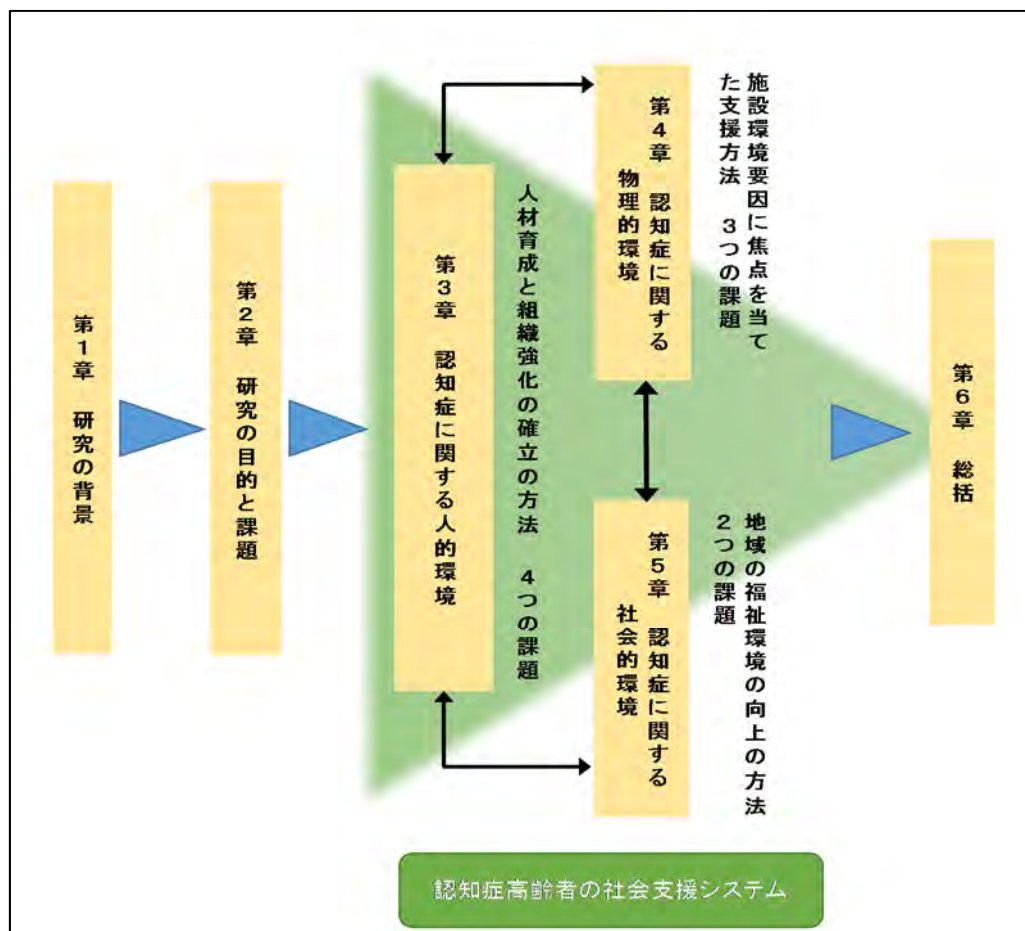


図 2-3-1 本論文の構成

#### 第1章 研究の背景

序論であり、本研究の用語の定義、認知症と環境要因の概念を整理し、認知症と環境要因に関わる社会的背景と各環境要因の視点からの実践経過を述べている。

#### 第2章 研究の目的と課題

本章では、認知症高齢者にとって重要な「人的・物理的・社会的」の各環境要因の支援について、前章の実践、社会的背景や先行研究の動向により本研究の課題を明らかにし、本研究の位置づけ・意義を見出し、本研究の目的を設定している。

#### 第3章 人的環境要因（人材育成と組織強化）へのアプローチ

本章では、環境要因のうち「人的環境」の課題である新任介護職員の人材育成手法の確立、ユニットケアの早期定着を目的とした教育介入の効果、認知症高齢者の個別ケアを目的としたチェックシートの作成、ユニットケアの質の向上と職員教育のための相互評価制度についての実践的研究を行い、これらの有用性について明らかにする。

## 第4章 物理的環境要因（施設環境）へのアプローチ

本章では、主に施設内の物理的環境の課題について、施設整備の経験から物理的側面の配慮や工夫の事例を通して物理的環境のあり方を考察する。また、高齢者自身が求める共有空間の設えについてアンケート調査を通じて明らかにする。ユニット型施設の物理的環境を最大限に活かすための平面構成要素をユニットリーダー研修実地研修施設の評価点との関連から明らかにすることで施設環境のあり方を検討する。

## 第5章 社会的環境要因（地域社会）へのアプローチ

本章では、地域の社会環境の課題に対し、高齢者施設が中心となった施設機能の解放による町づくりとその活用事例から地域社会へのアプローチ方法を提案する。また、社会福祉法人がその使命ともいえる地域貢献として、社会資源調査を通じた独自の補完するサービスの提供と認知症ケアパスづくりの取り組みから地域社会との連携のあり方について考える。

## 第6章 総括

本章では、各章を要約することで知見をまとめ、研究課題の問いに対応し、各環境要因へのアプローチを統合した支援システムを構築するものである。

【Key Words】 認知症、人材育成、組織強化、環境要因、社会支援システム

認知症高齢者の環境要因統合による社会支援システム構築の実践的研究

-人材育成と組織強化を基本としたアプローチ-

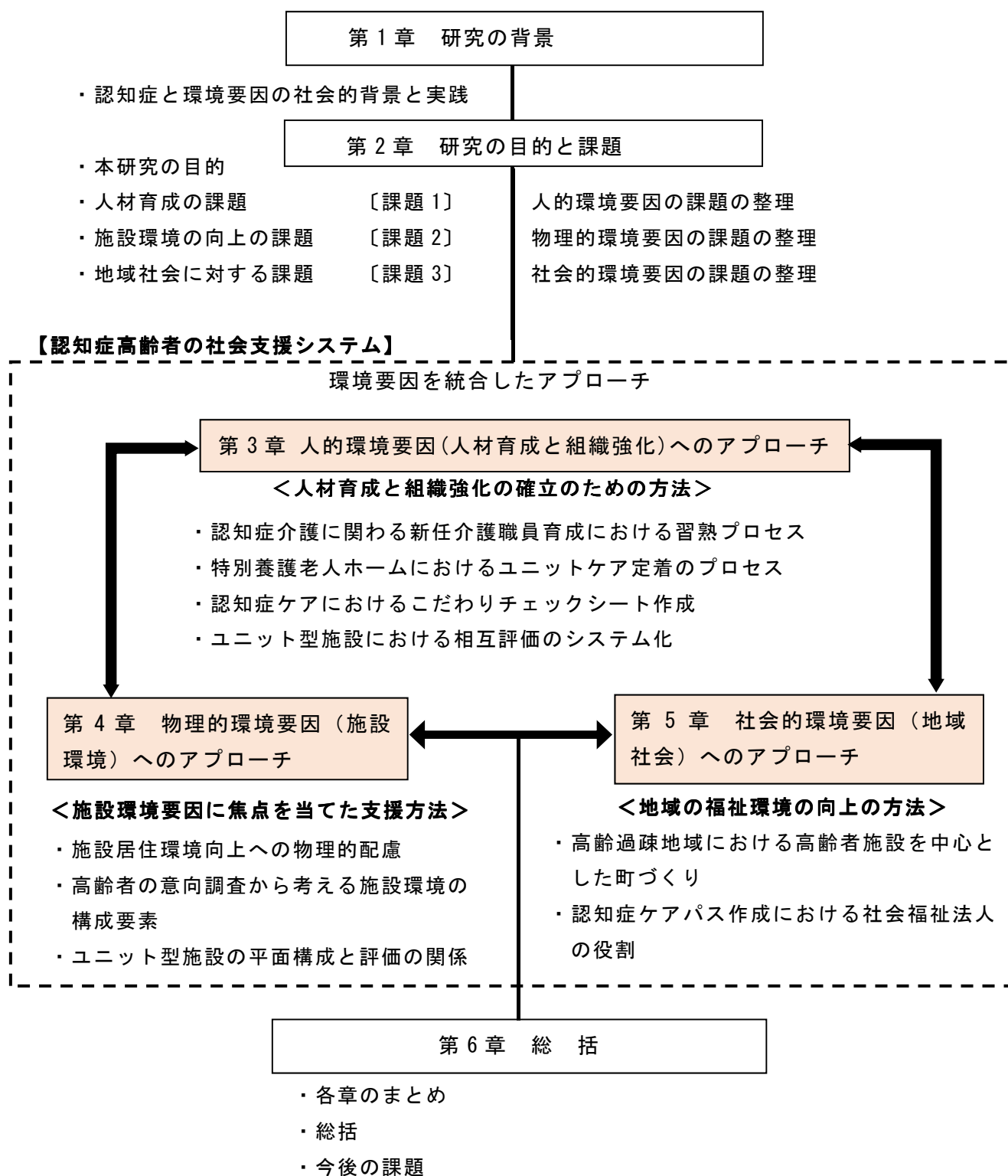


図 2-3-2 本論文のフロー

## 参考文献

- 1) 平野方紹：福祉職の人材育成をめぐる諸問題，季刊社会保障研究，vol136，NO.4，526-534，2001
- 2) 橋本正明：介護施設における人材の育成・確保に関する研究，2011
- 3) 認知症介護研究・研修東京センター：平成19年度老人保健健康増進等事業報告書「認知症介護の人材育成の効果評価に関する研究報告書」，80-88，2008
- 4) 遠藤忠，佐々木心彩，蝦名直美，村山憲男，内藤佳津雄，長嶋紀一：介護職員の対人理解技術の実践方法と技術向上の取り組みに関する現状調査，介護保険施設および事業所の管理者7名を対象とした面接調査の結果，日本大学文理学部人文科学研究，研究紀要，vol.81，105-122，2011
- 5) 日本学術会議社会学委員会：福祉職・介護職育成分科会提言「福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」，13，2011
- 6) 阿部正昭：介護職の職務継続・離職意向と関連要因に関する研究-神奈川県内特別養護老人ホームの介護職を対象とした調査から-，関東学院大学社会学会，社会論集17号論文，21-42，2011
- 7) 遠藤可奈美：高齢者福祉施設における組織マネジメントと人材育成との関連に関する研究-「おむつゼロ」を達成した施設における取り組みを通して-，北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集第5号（通巻第17号），83-102，2014
- 8) 松本正富：高齢者の福祉住環境，川崎医療福祉学会誌 増刊号，79-88，2010
- 9) 加藤悠介：高齢者施設における居場所づくりに関する環境行動学的研究，2008
- 10) 鈴木みな子，児玉桂子：デイサービスの環境づくり，認知症高齢者への環境支援指針 PEAP 日本版3のデイサービスへの適用，日本社会事業大学研究紀要，59，167-184，2013
- 11) 児玉桂子，古賀誉章，沼田恭子：PEAP にもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル，中央法規出版，23-27，2010
- 12) 中嶋龍，守屋明信，足立啓：「家庭らしさ」の環境意識-高齢者介護職員経験の有無と年代別による比較-，高齢者施設，建築計画，2012 年度大会（東海）学術講演会・建築デザイン発表会
- 13) 大森彌：施設介護がかわる新型特別養護老人ホーム個室化・ユニットケアへの転換，中央法規出版，15，2002
- 14) 松原茂樹：高齢者福祉施設におけるケア環境の小規模化に関する研究，2002
- 15) 高橋誠一：個室・ユニット化の導入にあたり-最も大切なこと-，外山義監「個室・ユニットケアで介護が変わる」，中央法規出版，41-50，2007
- 16) 山口宰：ユニットケア導入が認知症高齢者にもたらす効果に関する研究-従来型特別養護老人ホームにおける実践事例を基に-，社会福祉学，46（3），75-86，2006
- 17) 張允楨，黒田研二：特別養護老人ホームにおけるユニットケア導入と介護業務及び介護環境に対する職員の意識との関連，社会福祉学，49（2），85-96，2008
- 18) 足立啓，安岡真由，品川靖幸，林悦子：全国悉皆アンケート調査による従来型特別養護老人ホームのユニットケア実施状況と効果，日本建築学会計画系論文集，73（623），31-37，2008



- 19) 壬生尚美：特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事意識に関する探索的研究-仕事の意識構造に影響を及ぼす要因分析-, 人間福祉学会誌, 11 (1), 17-25, 2012
- 20) 厚生労働省：2015 年の高齢者介護-高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて-の補論 2, ユニットケアについて, 2003
- 21) 三菱総合研究所:ユニットケアに係る研修のあり方に関する研究報告書, 平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進事業分), 1-6, 2014
- 22) 児玉桂子, 古賀誉章, 沼田恭子：「認知症高齢者に配慮した施設環境づくり支援プログラム」の全国レベルでの普及を目的とした実践研究に基づく教材開発, 日本社会事業大学研究紀要, 58, 127-143, 2012
- 23) 鈴木みずえ, グライナー智恵子, 伊藤薫：認知症高齢者の QOL の概念・評価尺度の動向と今後の研究の課題, 看護研究, 39-4, 247-258, 2007
- 24) 東京都老人総合研究所社会学部：特別養護老人ホームサービス評価法, 老研版, 1987
- 25) 全国社会福祉協議会：特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準, 社会福祉法人全国社会福祉協議会, 1994
- 26) 大島千帆：認知症高齢者の状態像に対応する在宅環境配慮に関する実証研究, 家族介護者・福祉専門職の視点に基づく分析, 107, 2005
- 27) 永井昌寛, 山本勝, 横山淳一：保健・医療・福祉施設から見た包括ケアシステムの地域特性分析, 青森県における市町村規模別施設連携意識と連携状況から, 日本経営診断学会第 41 回全国大会予稿集, 40-43, 2008
- 28) 内閣府：平成 18 年度地域における高齢社会対策の現状と課題に関する調査, 2006
- 29) 流石ゆり子, 小山尚美：高齢者支援組織を対象に実施した認知症ケア啓発研修会の評価-A 町高齢者施設での認知症高齢者との『ふれ合い体験』を組み入れて-, 山梨県立大学看護学部, 紀要 Vol.12, 29-41, 2010
- 30) 黒田研二, 金高闇：認知症の人に対する地域住民の受容的態度とその関連要因 社会問題研究 2011, 60, 27-35, 2011
- 31) 室崎千重：高齢者の居住継続を支える地区環境ネットワークに関する研究, 2008
- 32) 広井良典：「福祉-環境-経済」の統合, 千葉大学公共研究第 3 巻第 4 号, 2007
- 33) 植田和弘：「環境と福祉」の統合と持続可能な発展, 成瀬龍夫退職記念論文集第 382 号, 2010



### 第3章 人的環境要因（人材育成と組織強化）への アプローチ

---

### 第3章 人的環境要因（人材育成と組織強化）へのアプローチ

#### 1. 本章の構成

「人的」「物理的」「社会的」の各環境要因のうち、最も重要で基本となるのが「人的環境」である。本章では「人的環境」における実践の課題や先行研究から、良質なサービスとされるユニットケアのサービスの質を評価する具体的手法は確立されていない、サービスの自己評価や外部評価・第三者評価などが、サービスの質を高めるためのシステムを開発する必要がある、新任介護職員たちへの効果的な支援体制の充実、具体的な教育方法の確立には課題が残された、ユニットケアが制度化され推進されているが、ユニットケアの定着のための研修体制やケアの質を維持する方法も確立されていない。これらの「人的環境」の課題を整理し、新人から経験者や管理職まで認知症のケアに関係するすべての「人」が対応するケアの課題を次の4つの課程で解決する手法について検討する。

2 節では、新任介護職員の効果的な教育方法を検討するため、習熟プロセスを追跡しながら、その方法を考察する。

3 節では、ユニットケアの短期的な定着のための効果的な職員教育方法を明らかにする。

4 節では、認知症高齢者の個別ケアの推進のために職員の気づきを促す個別支援ツールを開発する。

5 節では、ユニット型施設の質の向上のための有用なサービス評価である相互評価システムを構築する。

これら1 節から4 節の研究により「人的環境」への効果的なアプローチ方法の確立を目指すことを目的としている（図 3-1-1）。

第3章 フロー

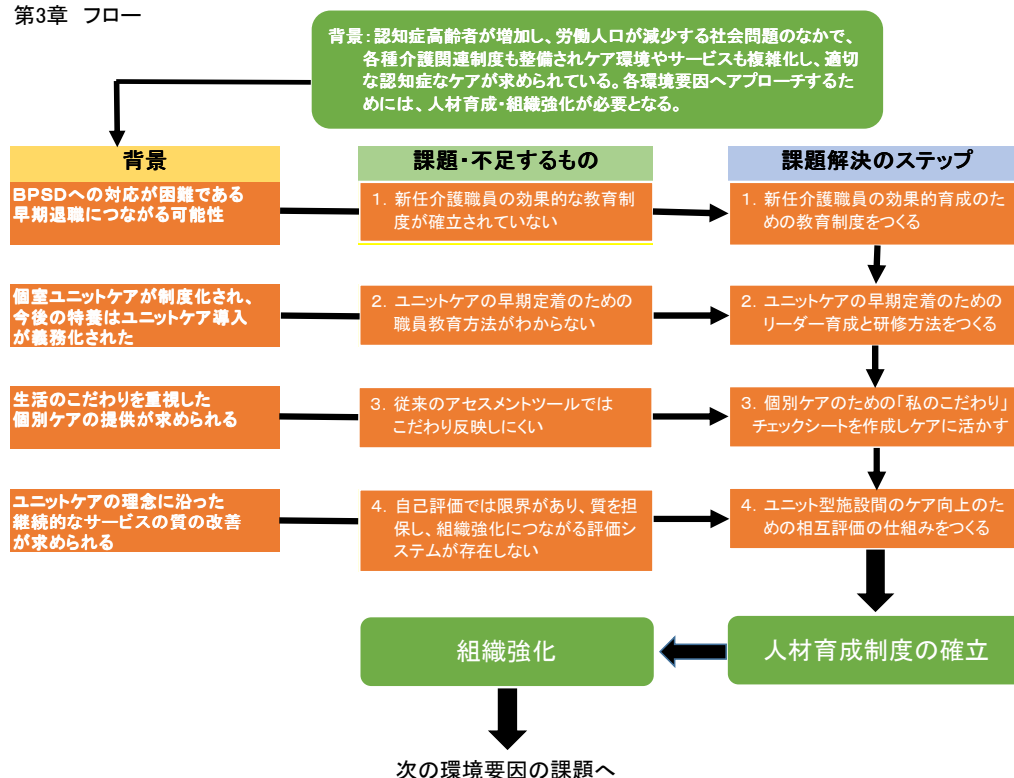


図 3-1-1 第3章のフロー

## 2. 認知症介護に関わる新任介護職員育成における習熟プロセス

### －新任介護職員教育システムの開発－

#### 2.1. 目的

本節では、一定期間内に基本的なケア知識・技術の習得と認知症ケアを実践できる新任介護職員を育成することを目標として、学歴や経験の違いにも対応する具体的なチェック項目による職員評価表を開発する。本表を新任介護職員自身と教育担当者が同時に使用しながら評価結果の比較と習熟のプロセスを追跡することで新任介護職員の効果的な教育方法を考察することを目的とする。

#### 2.2. 研究方法

##### (1) 研究対象

A県内の社会福祉法人Bに2014年4月に入社した新任介護職員25名を対象とした。対象者の属性は、高校卒業の介護福祉士を有していない者20名、介護系専門学校卒業の介護福祉士取得者5名を対象とした。対象者の性別は男性11名、女性14名、対象者の所属施設は入居型の介護施設とした（表3-2-1）。対象となった職員には個別に本研究への協力について同意を得た。

表 3-2-1 対象者の属性

対象者 No.	性別	所属先の施設種別	高校・専門学校 卒業の別	介護福祉士の 有無
1	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
2	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
3	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
4	男性	特別養護老人ホーム	高校	無
5	男性	特別養護老人ホーム	高校	無
6	男性	特別養護老人ホーム	高校	無
7	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
8	男性	特別養護老人ホーム	専門学校	有
9	男性	特別養護老人ホーム	高校	無
10	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
11	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
12	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
13	男性	特別養護老人ホーム	高校	無
14	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
15	男性	特別養護老人ホーム	高校	無
16	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
17	女性	特別養護老人ホーム	専門学校	有
18	男性	特別養護老人ホーム	専門学校	有
19	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
20	女性	特別養護老人ホーム	高校	無
21	女性	特別養護老人ホーム	専門学校	有
22	男性	特別養護老人ホーム	専門学校	有
23	男性	介護老人保健施設	高校	無
24	女性	認知症対応型共同生活介護	高校	無
25	男性	認知症対応型共同生活介護	高校	無

## (2) 研究方法

### 1) 評価表の開発

評価表を開発するにあたり、A県内の認知症介護指導者、認知症介護実践リーダー研修修了者、ユニットケア指導者、介護福祉士、介護支援専門員の資格を保有する職員5人からなるワーキングチームを組成した。評価表の項目設定に際しては、法人の研修プログラムや介護福祉士実務者研修カリキュラム、キャリアアップシステム導入のための雇用管理改善推進マニュアル<sup>1)</sup>に整理されている評価項目を用い、大項目10、中項目71、小項目181の内容の精査と項目数の整理を行い、大項目13・小項目50に修正・分類して評価項目を設定した(表3-2-2、表3-2-3)。

なお、評価項目ごとの評価視点や基準を設定し評価マニュアルを作成した。これにより評価者による点数の偏りを防ぐよう配慮した。

表 3-2-2 職員評価表(筆者作成:一部抜粋)

職員評価表(3ヶ月後評価)[事業所: ] [職員氏名: ] [教育担当者氏名: ]					
	評価項目	自己評価	教育担当者評価	コメント欄	
1	法人概要	法人の理念を理解している	2・1・0	2・1・0	
2		自分の事業所のサービス種別を理解している	2・1・0	2・1・0	
3		法人の諸規程を理解している	2・1・0	2・1・0	
4	職務心得	出勤時間を守ることができる	2・1・0	2・1・0	
5		社会人としてふさわしい身だしなみを整えている	2・1・0	2・1・0	
6		日常的に適切な挨拶ができる	2・1・0	2・1・0	
7		不快や誤解を与えないような態度がとれる	2・1・0	2・1・0	
8		労働意欲がある	2・1・0	2・1・0	
9		報告・連絡・相談が適切にできる	2・1・0	2・1・0	
10		わからないことをきちんと質問できる	2・1・0	2・1・0	
11		健康管理ができる	2・1・0	2・1・0	
12		失敗をしたときに素直に改めることができる	2・1・0	2・1・0	
13	認知症理解	認知機能障害について知っている	2・1・0	2・1・0	
14		入居者の不安定時に対応ができる	2・1・0	2・1・0	
15		自尊心を傷つけない声掛けができる	2・1・0	2・1・0	

表 3-2-3 職員評価表の項目

No	大項目	小項目
1	法人概要	法人理念／所属事業所の種別／法人諸規程 3項目
2	職務心得	出勤時間遵守／身だしなみ／挨拶／態度／報告・連絡・相談／自己の健康管理など9項目
3	認知症理解	認知機能障害理解／BPSDの誘因や対応／自尊心の尊重 3項目
4	食事介助	姿勢の確認／ベースに合わせた介助／個々の食事形態の把握／利用者の変化の観察／むせこみ、誤嚥の対応など7項目
5	排泄介助	オムツ装着／能力に応じた介助／個々の排泄間隔／羞恥心への配慮など6項目
6	入浴介助	湯温確認／特殊浴操作／羞恥心への配慮／麻痺等に配慮した介助など5項目
7	移動介助	安全な移乗介助／安全な体位変換 2項目
8	清潔・整容	口腔ケア実施／整容への配慮(髪型・ひげなど)／適切な衣類選択3項目
9	医療知識	感染症の理解と対応／マニュアル理解／緊急時対応／普通救命講習など6項目
10	虐待防止	虐待理解と不適切なケアの防止 1項目
11	記録	必要な記録の記載 1項目
12	防災	災害発生時の初期対応／避難経路の把握／消火器の場所把握と使用法 3項目
13	個別ケア	1人ひとりの違いを大切にケア 1項目

## 2) 評価方法

50 の小項目において、各評価項目を「できている（2 点）」、「まあまあできている（1 点）」、「できていない（0 点）」で回答する。すべての項目の合計は 100 点である。項目ごとの評価理由はコメント欄に自由に記述する方式とした。評価の実施時期は、入社 3 ヶ月後と 6 ヶ月後に行うこととした。

職員評価表は新任介護職員自身による自己評価と各事業所の教育担当者による他者評価を同時に実施する。このことにより、新任介護職員個人の自己評価と他者評価を比較検討する。

## (3) 倫理的配慮

評価協力者に対しては趣旨を書面において説明し、個人情報を取り扱わないことを伝え、また、対象施設の法人理事長の承諾を得たうえで実施した。

## 2.3. 結果

2014 年 7 月に入社 3 ヶ月後の評価を実施した。評価は自己評価と教育担当者による他者評価を同時に実施した。2014 年 10 月に 6 ヶ月後の評価を実施した。この際も同様に自己評価と他者評価を同時に実施した。3 ヶ月後の評価結果と 6 ヶ月後の評価結果には、新任介護職員、教育担当者とも、大きな差は見られなかった（表 3-2-4）。

表 3-2-4 3 ヶ月後と 6 ヶ月後の評価比較

評価項目	新任介護職員の評価結果			教育担当者の評価結果		
	3 ヶ月後	6 ヶ月後	結果	3 ヶ月後	6 ヶ月後	結果
法人概要	58.0%	63.9%	↑ 増	52.7%	55.6%	↑ 増
職務心得	79.1%	75.9%	↓ 減	72.2%	73.4%	↑ 増
認知症理解	62.0%	57.6%	↓ 減	57.3%	54.2%	↓ 減
食事介助	71.4%	72.3%	↑ 増	66.6%	67.9%	↑ 増
排泄介助	73.3%	70.5%	↓ 減	64.3%	69.4%	↑ 増
入浴介助	67.2%	72.9%	↑ 増	66.8%	68.3%	↑ 増
移動介助	75.0%	74.0%	↓ 減	64.0%	67.7%	↑ 増
清潔・整容	72.0%	72.2%	↑ 増	64.7%	68.8%	↑ 増
医療知識	65.0%	70.1%	↑ 増	62.3%	69.1%	↑ 増
虐待防止	74.0%	75.0%	↑ 増	76.0%	68.8%	↓ 減
記録	88.0%	81.3%	↓ 減	68.0%	70.8%	↑ 増
防災	62.7%	68.8%	↑ 増	62.0%	61.1%	↓ 減
個別ケア	74.0%	81.3%	↑ 増	72.0%	70.8%	↓ 減

新任介護職員と教育担当者の評価結果には、次のような特徴がみられた。

- 1) 3 ヶ月間で両者とも評価結果が上昇した評価項目は、法人概要、食事介助、入浴介助、清潔・整容、医療知識であった。
- 2) 3 ヶ月間で両者とも評価結果が下降した評価項目は、認知症理解であった。

- 3) 新任介護職員の評価結果が下降し、教育担当者の評価結果が上昇した評価項目は、職務心得、排泄介助、移動介助、記録であった。
- 4) 新任介護職員の評価結果が上昇し、教育担当者の評価結果が下降した評価項目は、虐待防止、防災、個別ケアであった。

さらに、教育担当者の6ヶ月後の評価内訳では、3ヶ月後に比べ「できている：2点」が減少している項目が見られた（表3-2-5）。

表3-2-5 教育担当者の評価結果

評価項目			3ヶ月後評価			6ヵ月後評価		
大項目	小項目		2点	1点	0点	2点	1点	0点
法人概要	1	法人の理念を理解している	6	16	2	11	12	1
	3	法人の諸規程を理解している	1	18	5	3	12	9
職務心得	4	出勤時間を守ることができる	20	2	2	17	6	1
	7	不快や誤解を与えないような態度がとれる	9	12	3	11	12	1
認知症理解	13	認知機能障害について知っている	1	21	2	5	14	5
	14	入居者の不安定時に対応ができる	7	13	4	2	18	4
食事介助	19	本人の食事形態を把握し、適切に提供できる	15	8	1	12	11	1
	22	表情や顔色など普段と違う様子に気づき対応できる	6	13	5	8	11	4
排泄介助	23	オムツを正しく装着できる	11	13	0	16	8	0
	26	排尿や排便の間隔を把握している	7	15	2	10	13	1
入浴介助	32	プライバシーや羞恥心に配慮できる	17	5	2	14	10	0
	33	麻痺や疾患に配慮した介助ができる	8	11	5	6	15	2
移動介助	35	安全に体位交換ができる	7	17	0	11	12	1
清潔・整容	37	髪型やひげなど、整容に配慮することができる	6	14	4	10	11	3
医療知識	39	緊急時対応のマニュアルを理解している	1	19	4	6	11	7
	42	感染症について理解し、罹患時には適切な対応ができる	1	13	10	4	16	4
虐待防止	45	虐待や身体拘束について理解し、不適切なケアを防止することができる	14	9	1	12	9	3
防災	47	地震・火事など災害発生時の初期対応ができる	3	14	7	5	14	5
	49	消火器の場所を把握し、使用方法を理解している	15	7	2	10	12	2
個別ケア	50	全般にわたり、1人ひとりの違いを大切にケアを提供できる	12	11	1	13	8	3

※表中、濃色のセルは点数が減少した項目

## 2.4. 考察とまとめ

3ヶ月後と6ヶ月後の評価結果に大きな差がないことの主な原因は、両時点の期間が3ヶ月と短いことにあると思われた。

新任介護職員の評価結果が下降した原因は、一定期間業務に従事することによって、業務に対する知識や理解への必要性を、それまで以上に強く意識するようになったことによると考えられる。自己評価の結果が下降した項目については、把握した時点で事業所内研修や勉強会等によりフォローできる組織体制が重要であると考えられる。

新任介護職員と教育担当者の評価結果が異なった評価項目については、教育担当者のより客観的な視点から、評価結果について考察すると、教育担当者の6ヶ月後の評価結果が低い項目の要因は、評価理由から「慣れ」や「忘れ」が影響しており、6ヶ月後には新任介護職員に気のゆるみが生じる時期であるということがこの評価結果から考えられた。



これにより入社後は継続した研修受講や復習による自己研鑽が必要であると考えられる。また、小項目の「諸規程の理解」、「認知症の理解と適切な対応」、「感染症の理解と適切な対応」等の 50%以下の評価が低い小項目については、今後の職員研修計画の策定の際に、重点的に取り組むべきテーマとして設定し、またフォローアップ研修を重ねることで新任介護職員の効果的な習熟をはかる可能性のある教育方法がつくられた。

今後の課題としては、新任介護職員教育システム構築に向け、今回の評価項目をベースとし、今後、より明確な到達目標と期間・内容を定めたガイドラインを作成することでより効果的に運用することができると考えられる。

教育担当者の育成についてもOJTの手法を中心とした研修や、より客観的な評価ができるよう教育担当者を対象とした「評価者研修」についても取り組む必要がある。

### 3. 特別養護老人ホームにおけるユニットケア定着のプロセス

#### 3.1. 目的

本節では、ユニット型特養を開設して新たにユニットケアに取り組む施設もしくは改築によりユニットケアを開始するを対象に「教育的介入」を試み、その有用性を検証することを目的とする。この教育的介入とは、1)「ユニットケア定着研修」（開設前実施）、2)「コーディネーター<sup>注1</sup>養成研修」（開設後実施）から構成される。ユニットケア定着研修は、厚生労働省が定めるユニットリーダー研修と同等以上の研修内容である「ユニットケア定着研修プログラム」を作成し、介入施設（以下、介入群）の職員に対して行った。また、コーディネーター養成研修では、施設における業務改善の実践を行うコーディネーターを養成する。この教育的介入によりユニットケアの定着が非介入施設（以下、非介入群）よりも短期間で効果的に促進されたと考えた。

#### 3.2. 研究方法

##### (1) 研究対象

対象施設の選定にあたっては、A県内において新規にユニット型特養を開設もしくは改築によりユニットケアを開始することが条件であるため、介入群はA県内に 2013 年に開設するユニット型施設のうち、承諾を得られた 2 施設を対象とした。

新たにユニット型特養として整備する a 施設、従来型からユニット型へと転換する b 施設の 2 施設を介入群として選定し、そこに従事する職員へ教育的介入を行った。また、比較群として、開設後 3 年以上の非介入群 3 施設（c、d、e）、開設後 1 年以上の非介入群 2 施設（f、g）、計 7 施設を本研究の対象とした。教育的介入の効果を比較検討するために介入群 a、b と非介入群 c、d、e（3 年以上）、非介入群 f、g（1 年以上）との間で比較を行うこととした。介入群と非介入群（3 年以上）は、ユニットケアの定着が教育的介入により短期間で効果的に促進される仮説を明らかにするために比較対象とした。なお、開設後 3 年以上としたのは、厚生労働省がユニットリーダー実地研修施設の選定条件を、ユニットケア実施後 3 年以上と定めているため、ユニット型施設として開設後 3 年以上とした。もう一方では、介入群と非介入群（1 年以上）の比較は、同じ年に開設して、介入後 1 年経過した施設と介入を行わずに 1 年経過した施設とのユニットケアの定着度の差異を比較するために対象とした。対象 7 施設の基本属性を表 3-3-1 に示す。なお、本章で対象としたすべての施設はユニット型特養として都道府県や政令指定都市、市町村等の指定を受けており、厚生労働省が求める必要な基準を満たしている。

表 3-3-1 対象施設の基本属性

施設分類		ユニットケア開始年月	ユニットリーダー研修修了者数	定員数	ユニット数	介護職員数	職員配置 入居者/職員
介入群	a 施設	2013/5	2	29	3	12	2.0:1
	b 施設	2013/5	4	80	8	41	1.8:1
非介入群 (3年以上)	c 施設	2007/5	6	80	8	61	1.6:1
	d 施設	2003/5	3	60	6	32	2.1:1
	e 施設	2007/4	13	105	12	71	1.6:1
非介入群 (1年以上)	f 施設	2013/4	3	29	4	20	1.4:1
	g 施設	2013/6	8	80	8	57	1.5:1

## (2) 研究方法

研究過程は、図 3-3-1 に示す通りである。介入群 2 施設に対して、開設前に教育的介入としてユニットケア定着研修（全職員対象）を開催し、半年後に現地調査を実施する。その後、教育的介入のコーディネーター養成研修（管理職対象）を開催し、その概ね 1 ヶ月後に再現地調査を実施する。さらに、その 1 年後に再々現地調査を実施し、計 3 回の調査結果からユニットケアの定着のプロセスを追跡調査する。非介入群の 5 施設についても 1 回の現地調査を行った。

詳細については、順を追って以下の 1) ～5) に示す。また評価ツールとして厚生労働省がユニットリーダー研修実地研修施設を選定する際に使用している調査票を使用した。厚生労働省ではこの調査票で評価した時に 100 点中 70 点以上得点することを選定要件としている。そのため、本研究でも、この 70 点以上の評価水準を 1 年間継続的に保つことをユニットケアの定着と定義した。

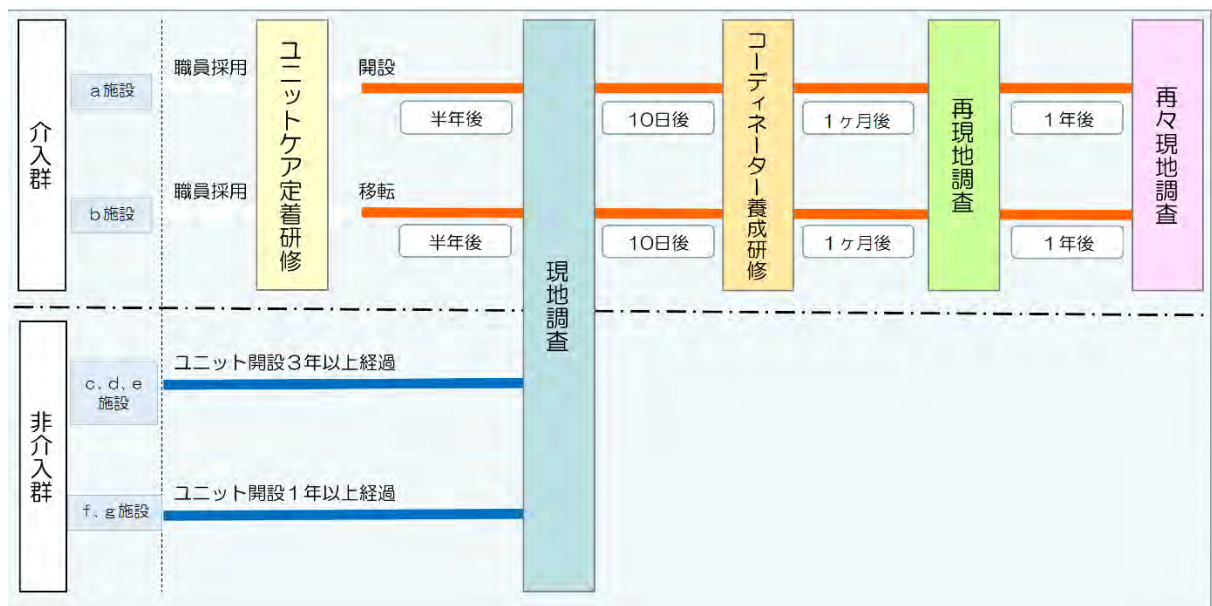


図 3-3-1 ユニットケア定着のプロセス

# 1) ユニットケア定着研修

教育的介入群である2施設を対象に、ユニット運営開始より以前にユニットケア定着研修を実施した。プログラム内容を表3-3-2に示す。

厚生労働省はユニットリーダーの育成およびユニットケアの推進のためユニットリーダー研修の実施要綱を定めている。ユニットケアの意義およびその具体的な手法並びにユニットケアを効果的に提供するための職員間サポート体制に関することが研修内容であり、「ユニットケアの理念と意義」「ユニットケアの導入の過程」「高齢者の生活とその環境」「ユニットケアの具体的方法」「ユニットケア導入・運営計画演習」「情報の活用と職員サポートおよび指導」という内容の3日間の座学と5日間の実地研修から構成された研修カリキュラムが義務付けられている。

本研究における「ユニットケア定着研修プログラム」の妥当性を確保するために、厚生労働省が定めるユニットリーダー研修のプログラムと同一の1,100分（18時間20分）のプログラムを使用し、さらに、個人の生活を支えるユニットケアに関する理解やユニット運営に関するグループ討議、運営計画の作成の座学を合計420分追加した計1,520分（25時間20分）を4日間で行うユニットケア定着研修プログラムを立案した。

同研修の講師は、厚生労働省が定めるユニットケア指導者養成研修の修了者で、都道府県等または研修受託団体が開催するユニットリーダー研修で講師を務める者が担当した。

研修の実施に際しては、a、b施設の管理者に対して研究趣旨を説明し、できるだけ多くの職員が研修を受講できるよう研修日程の調整を依頼した。研修日時の調整等は各施設管理者に委任し、勤務シフトや施設のイベント等に無理のない範囲で設定してもらった。

表3-3-2 ユニットケア定着研修カリキュラム

	テーマ	時間数
1 日 目	施設の理念をふまえたユニットケア	80分
	高齢者の生活とその環境	120分
	入居者の生活を支えるユニットケア（24時間シート）	180分
2 日 目	入居者の生活を支えるユニットケア（場面別の具体的方法）	440分
3 日 目	施設の体制と管理運営	170分
	ユニット別グループ討議	180分
	ユニット運営計画書の作成の仕方	50分
4 日 目	ユニット運営計画書の作成	300分
	合計	1,520分 (25時間20分)

## 2) 現地調査

現地調査では、ユニット型特養の運営開始から約半年経過後のユニットケアの定着度を測定した。ユニットケア定着度を計る評価ツールとしてはユニットケア研修における実地研修施設を選定する際に使用する調査票を用いた。本研究における調査員は、都道府県等の施設整備担当者および施設指導監督担当者を対象としたユニットケア研修会の受講者、またはユニットリーダー研修実地研修施設調査員研修会の受講者であり、ユニットケア実施後3年以上経過した施設の長である。調査員は調査票に基づき施設の各ユニットにおける取組状況の視察、介護記録やケアプランなどの書類の確認、施設長・介護現場責任者・研修受け入れ担当者（介護現場責任者ではない場合）・ユニットリーダー2名以上との面談、さらに一般介護職員からの聞き取りなども行う。調査票は、厚生労働省が定める調査票(表 3-3-3)の50項目を、より詳しく296項目に細分化したものである。

表 3-3-3 ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票（厚生労働省）

施設名			
ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票			
重視するポイント	調査項目	得点	
A. 設備面への配慮 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている	I. 居室が入居者にとっての居場所になるように配慮している	1. 個人の持ち物などを自由に持ち込み、居場所を確保している 2. 介護者の居室で居室のドアを閉けっけなしにしていることはないようにしている	
	II. リビングはごく普通の生活ができるように配慮している	1. リビングに煮炊きできるキッチンが設置されている 2. リビングにいる入居者はそこで生活感を感じている	
	III. セミパブリックなどの空間作りや社会とのつながりの配慮をしている	1. セミパブリックスペースなど、工夫のできる空間をうまく利用している 2. パブリックスペースが地域の交流の場として活用されている	
	IV. ユニットで生活ができるようなトイレ、風呂等の配慮に配慮している	1. トイレは入居者の排泄をサポートできるような設置が、分散配置されている 2. 浴室は分散配置、風呂設置など、入居者の入浴希望に沿えるよう配慮している	
B. 仕組み体制 個別ケアの継続性を保てるよう、情報共有の仕組み作りや職員配置、職員教育を行っている	I. 施設の理念が職員に理解できるよう配慮している	1. 施設の理念について職員の理解が深まるような取り組みをしている 2. 管理者は自らの思いを職員に伝えている	
	II. 個別状況に応じた計画策定や記録がなされている	1. 入居者の生活習慣、趣味、好きなこと等についての意向を把握している（記録等） 2. ユニット職員が入居者のケアプランやケアカンファレンスに参画している	
	III. 入居者本位のサービス（個別ケア）となるよう、利用環境への配慮をしている	1. 一人ひとりに関する情報を適度なく記載される仕組みがある 2. 入居者が動転して今日は何をしようか考え、実行できるような職員は協力している	
	IV. 情報共有の工夫がされている	3. 入居者ごとの外出または外出を支援する仕組みがある 1. 入居者に関する記録は一元化・簡略化されている	
	V. 職員研修計画・実施など個別ケアの質向上に取り組んでいる	2. 計画の内容や入居者の記録を、支援する全職員が共有できるようにしている 1. 職員がユニットケアの知識や技術が学べるような機会を提供している（施設内研修など） 2. 職員の研修等成果を職員、研修生が本人の成長に役立ったかを検証するようにしている	
	VI. 会議等、重要案件（組織体制やケア内容等）の意思決定手順が決まっている	1. 目的に応じた会議が定期的に開催されている 2. 会議等、現場の意向を反映する仕組みがある	
C. 個別ケアの実践 施設の理念の共有のもと、一人ひとりを尊重し、生活リズムに合った個別ケアを実施している	I. 入居者の権利・プライバシーを守り、個人の意思を尊重している	1. 支援の際に、その方の生活習慣等に沿うようにしている 2. 入居者の権利に配慮した支援を行っている 3. 服装や髪型は入居者の好みを反映して行っている 4. 職員のペースになったり、日課の消化となったりしていない 5. 夜間の見守りは必要に応じて行うようにしている（定時、随時を含め）	
	II. 家族等との交流・連携を図っている	1. 家族等との外出・外泊・面会時間の制限はない 2. 入居者の日常の様子や施設の状況を家族に連絡している	
	III. おいしい食事を工夫している	1. 入居者個人の食事を手配する 2. 施設の厨房とユニットのキッチンは使い分けをしている 3. 入居者が食べたいものがあれば、食べられるよう配慮している 4. 入居者が雑食や食べたいものを手配する 5. 入居者に合わせて、一緒に準備や片付けをする取り組みをしている	
	IV. 排泄や入浴は入居者の状態や意思を反映して行っている	1. 排泄介助が必要な入居者に対して、個別に誘導や介助の支援をしている 2. ホータブルトイレ、おむつ等の排泄用品は各入居者に合わせたものを使用している 3. 夜間の排泄支援については、それぞれの入居者に合わせた支援をしている 4. 入居者本人がゆとりでできる入浴法（入浴時間やマンツーマン入浴等）を支援している 5. 入居者本人の気持ちを尊重し、同性介助等に配慮している	
D. 研修設備 リーダー研修の実施の際に、設備的な支援がない	I. 研修に必要な機材、場所の配慮が可能である	1. 机、ホワイトボード等、必要な機材等が準備されている 2. 毎日の取り回しをする場所の確保ができる	
	II. 研修者が研修するに当たっての利便性が良い	1. 交通の便や宿泊などに支障がない 2. 研修受入担当者を決めるなど、対応がスムーズになれるよう用意がある	
E. 研修受入に 前向き 職員全体がユニットリーダー研修受入に積極的な取組んでいる	I. 職員全体がユニットリーダー研修受入に理解がある	1. 研修者受入に対する基本方針・取組体制を明確にしている 2. 研修者が相談や意見、疑問を述べやすい雰囲気がある	
	II. ユニットリーダー研修受入時に担当者の配置等をする用意がある	1. 施設のユニットケア導入から現在に至るまでの解説ができる 2. 研修者の毎日の振り回りの担当者を配置する用意がある	
	III. 職員全体がユニットリーダーの職務に理解がある	1. ユニットリーダーの職務内容が明らかにされている 2. ユニットはそれぞれ独立性が保たれている	
	IV. ユニットへの権限委譲がある程度なされている	1. 各ユニットで、ユニットの勤務表が作成されている 2. ユニット責任はユニットごとの自由裁量権がある	
		その他（ ）	

（1） 評価項目ごとに評価 2：実地ではある（2点） 1：一部ではある（1点） 0：実地ではある（1点）または不明（0点）  
（2） 項目にない事項で、評価に値するべきものがある場合は、その欄に記入し、他の項目に記入する（0点とする）

この調査票は下記A～E 5つのカテゴリから構成されており、それぞれのカテゴリに配点されすべてのカテゴリの合計で100点となる。

カテゴリ A 設備面への配慮（項目数 43） 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている（配点 16 点）

カテゴリ B 取り組み体制（項目数 67） 個別ケアの継続性を保てるよう、情報共有の仕組みづくりや職員配置、職員教育を行っている。（配点 26 点）

カテゴリ C 個別ケアの実践(項目数 116) 施設の理念の共有のもと、一人ひとりを尊重し、生活リズムに沿った個別ケアを実践している。(配点 34 点)

カテゴリ D 研修設備(項目数 16) リーダー研修の実施の際に、設備的な支障がない。(配点 8 点)

カテゴリ E 研修受入に前向き(項目数 54) 職員全体がユニットリーダー研修受入に積極的に取り組んでいる。(配点 16 点)

### 3) コーディネーター養成研修

教育的介入群の a、b 施設に対して、ユニットケアの質を自ら評価できるように「コーディネーター養成研修」を行い、介入群の管理職 2 名に受講してもらうこととした。コーディネーター養成研修参加者は、各施設のユニットケアに関する業務改善を中心的に行うことが可能な者で、原則として、管理者またはそれに準ずる者とした。

また、コーディネーター養成研修プログラム(表 3-3-4)の妥当性を確保するため、厚生労働省が委託しているユニットリーダー研修実地研修施設選定調査員研修会と同一のプログラムを使用した。本研修では①調査員としての視点を具体的に習得、②自施設での具体的な実践方法の習得、③評価項目である 296 項目の解釈や評価方法、評価視点の統一化を重点に指導した。講師はユニットリーダー研修実地研修施設調査員が務めた。

表 3-3-4 コーディネーター養成研修プログラム

時間	内容	進行および講師
80 分	「ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査」  <b>【全体視察】</b> ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査において、どのような視点で調査を行えばよいのかを調査手順をもとにポイント毎に学ぶ	ユニットリーダー研修実地研修施設調査員研修会修了者
200 分	「ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査」  <b>【ヒアリング・書類確認】</b> ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査において、どのような視点で調査を行えばよいのかを調査手順をもとにポイント毎に学ぶ  ※講義終了時に C C テスト(理解度促進テスト)を実施	ユニットリーダー研修実地研修施設調査員研修会修了者

#### 4) 再現地調査

介入群に対して、コーディネーター養成研修の後、ユニットケアの定着に関する業務改善の実践期間を設け、概ね1ヶ月（29日）後、現地調査票を用いて2度目の調査となる再現地調査を行った。

#### 5) 再々現地調査

さらに、a施設、b施設に対してはユニット化から1年経過した時点でユニットケアが定着しているかを確認するために3度目の調査となる再々現地調査を実施した。

#### (3) 分析方法

ユニットケア定着研修の有用性を検証するため、介入群および非介入群（3年以上）、非介入群（1年以上）の多群分析により現地調査結果の有意差について Kruskal-Wallis 検定を行う。さらに、介入群と非介入群（3年以上）、介入群と非介入群（1年以上）の各群に焦点をあて、各平均値の有意差について2群間 t 検定を行う。

#### (4) 倫理的配慮

本研究に対する承諾は、協力を依頼した施設の長に対して本研究の目的と方法を説明し、研究への参加承諾を得た。また、研究結果の公表、個人情報の取扱いや施設が特定されないことについて説明のうえ、書面による承諾を得た。

### 3.3. 結果

#### (1) ユニットケア定着研修

教育的介入として、ユニットケア定着研修をa施設およびb施設の新規開設（2013年5月）の約1ヶ月前までに実施した。a施設は2013年3月に1回、ユニット型移行のb施設については、施設内において職員が参加しやすいように2012年7月から2013年3月までの期間に6回に分けて実施した。研修に参加した職員数、参加職種等については表3-3-5の通りである。



表 3-3-5 介入群におけるユニットケア定着研修参加状況

	実施回数	実施日	参加者	合計	受講者職種	介護職員に占める 受講者割合
a 施設	1 回	2013/3	14 名	14 名	介護職員 機能訓練指導員 看護師 介護支援専門員	100%
b 施設	6 回	2012/7 2012/8 2012/9 2012/10 2012/11 2013/4	6 名 6 名 5 名 5 名 4 名 8 名	34 名	介護職員 機能訓練指導員 管理栄養士 看護師 介護支援専門員	83%

※ 小数点以下四捨五入

## (2) 現地調査

現地調査の結果、介入群の a 施設 53.0 点、b 施設 53.0 点、平均 53.0 点であった。非介入群（3 年以上）の c、d、e 施設はそれぞれ 46.5 点、48.5 点、52.0 点、平均 49.0 点であった。非介入群（1 年以上）の f、g 施設は、f 施設 34.5 点、g 施設 39.5 点、平均 37.0 点であった。結果を表 3-3-6 に示す。

表 3-3-6 現地調査結果（カテゴリ別）

	介入群		非介入群 (開設 3 年以上)			非介入群 (開設 1 年以上)	
	a 施設	b 施設	c 施設	d 施設	e 施設	f 施設	g 施設
A カテゴリ：16 点 【設備面への配慮】	8	9	13	8	10	7	6
B カテゴリ：26 点 【取り組み体制】	10	14	11	17	10	7	12
C カテゴリ：34 点 【個別ケアの実践】	23	14	11.5	16.5	19	9.5	11.5
D カテゴリ：8 点 【研修設備】	5	6	4	4	4	6	4
E カテゴリ：16 点 【研修受入に前向き】	7	10	7	3	9	5	6
総得点：100 点	53.0	53.0	46.5	48.5	52.0	34.5	39.5
平均点	※53.0		※49.0			※37.0	

調査項目：296 項目

※小数第 2 位四捨五入

### (3) コーディネーター養成研修

コーディネーター養成研修には a 施設から生活相談員 1 名、 b 施設から施設長、副施設長の 2 名が参加した。原則各施設から管理者もしくはそれに準じた立場の職種の参加とした。研修参加者の属性について表 3-3-7 に示す。

表 3-3-7 研修参加者属性

No.	施設	性別	年齢	職種	経験年数
1	a 施設	男性	33	生活相談員	15 年
2	b 施設	男性	42	施設長	12 年
3	b 施設	女性	40	副施設長	22 年

### (4) ユニットケアに関する業務改善の実践

コーディネーターが中心となり、調査項目に沿って各自施設においてユニットケアの業務改善の実践を約 1 ヶ月間実施した。コーディネーター養成研修において講師が提示した判断根拠をもとに、各施設ではリーダー会議等を行って、施設で実践すべき内容の共有を図った。その具体的な実践例を表 3-3-8 に示す。

表 3-3-8 事業所での改善の具体的取組内容例

ケア場面	実践内容
訪室時	居室訪問時にノックをしたとしても、相手の反応（返事）を確認してから、入室する必要がある事を周知した。
排泄介助	排泄の声掛けについて、コーディネーター養成研修修了者が講師となって権利擁護研修を開催し、声掛けの内容だけではなく場面や相手に応じた配慮について教育を行った。
調理	ユニットでの調理に関する通知等の考え方について、リーダー会議の時間内で勉強会を実施した。
入浴介助	同性介助に対する意向について、日頃から把握はしていたが、改めて入浴の手順書やフェイスシート等に落とし込んだ。
マニュアル	羞恥心等への配慮について、明文化されていなかったため、他施設とも連携し、マニュアルを作成した。
マニュアル	食べ物の持ち込みについて、栄養士と連携し、取扱いマニュアルを作成した。
食事	個人の食器を使用する意味合いについて、受講者がリーダー会議で話して再確認した。
排泄介助	入居者が使用している排泄用品選択の根拠について、リーダーだけではなくユニットのスタッフも理解できるようアイテムの吸収量や、排泄データの把握方法も合わせて研修を行った。

排泄介助	入居者が使用している排泄用品についてスタッフ間で共有できるよう一覧化した。
研修	受講者がユニットリーダー研修修了生へ働きかけ、施設内でユニットケアに関する研修を行い、実施記録も作成した。
金銭管理	入居者と外出をした職員の費用の取扱いについて、施設が一部負担することを明文化した。

#### (5) 再現地調査および再々現地調査

介入群の2施設に対する再現地調査では、a施設 71.5点、b施設 73.0点であった。また、現地調査に比べて再現地調査の点差はa施設 18.5点、b施設 20.0点で上昇が確認された。1年経過後の再々現地調査では、a施設 73.5点、b施設 76.0点であった。再々現地調査でもユニットケアの定着の評価水準である70点以上が維持されていた。結果を表3-3-9に示す。

表 3-3-9 現地調査、再現地調査、再々現地調査結果一覧

	現地調査結果	点差	再現地調査 結果	点差	再々現地調査 結果
a 施設	53.0	+18.5	71.5	+2.0	73.5
b 施設	53.0	+20.0	73.0	+3.0	76.0

調査項目：296 項目 100 点満点

各調査の担当については、調査日程の関係もあり、7施設中4施設の調査は同一の2名が担当し、他の3施設の調査は2名中1名が同じであった。必ずしも完全に同じ調査員ではないが、統一された評価視点を持つ4名の調査員により、調査の客観性は担保された。

#### (6) 分析結果

ノンパラメトリック法のKruskal-Wallis検定を行ったところ、判定では3群間の現地調査結果において、 $p=0.0654$ であり、5%の危険率で有意差が認められなかったが、10%の危険率の範囲内では有意差が認められた（表3-3-10）。

表 3-3-10 クラスカル・ウォリス検定(Kruskal Wallis test)

水準	介入群	非介入群(3年以上)	非介入群(1年以上)
N	2	3	2
平均順位	6.50	4.00	1.50
Kruskal-Wallis 検定			**：1%有意 *：5%有意
カイ 2 乗値	自由度	p 値	判定
5.4545	2	0.0654	

次に、介入群と非介入群（3年以上）の現地調査の結果について2群間t検定を行

ったところ、P 値が  $P=0.15$  で有意差はみられなかった。同様に介入群と非介入群（1 年以上）の 2 群間 t 検定の結果、P 値が  $P=0.0236$  だったため、帰無仮説は棄却され、介入群と非介入群（1 年以上）の平均値に 5%の危険率で有意差がみられた（表 3-3-11）。

表 3-3-11 t 検定結果

	介入群	非介入群(3 年以上)	非介入群(1 年以上)
介入群		$p=0.15[-]$	$p=0.0236[*]$
非介入群(3 年以上)			$p=0.0231[*]$
非介入群(1 年以上)			

### 3.4. 考察とまとめ

#### (1) 考察

ユニットケア開始から半年経過時点の現地調査で、介入群の a、b 施設の平均は 53.0 点であり、非介入群（3 年以上）c～e 施設の平均 49.0 点と比較しても有意な差はみられないものの同程度の得点が得られた。次に介入群 a、b 施設と開設年度が同じである非介入群（1 年以上）f、g 施設の平均 37.0 点との比較では 30%以上介入群の得点が上回っており、この 2 群間 t 検定において有意差がみられたことから、ユニットケア定着研修には一定の効果があったといえる。この結果には、2 つの要因が考えられる。ひとつは、バーンアウトの一要因である「情緒的消耗感」が低下<sup>2)</sup>するユニット型特養の環境下で、研修の効果が高まった可能性が考えられる。もうひとつは、a、b 施設では全体の 80%以上の介護職員がユニットケア定着研修を受講し、その目標を共有したこと、この 2 つがあげられる。実際に、a 施設では介護職員 12 名中 12 名(100%)、b 施設では介護職員 41 名中 34 名(83%)がユニットケア定着研修を受講した。また、a、b 施設においては介護職員だけでなく、介護支援専門員や看護師、機能訓練指導員、管理栄養士等の専門職も同じ研修を受講したことも意識の共有に大きく影響したと考えられる。入居者を支援するためには、介護職員のみがユニットケアを理解するだけではなく、関係する多様な職種が円滑に組織連携しなければならない。そのためには異なる職種がどのような業務を担っているのかを相互に十分に理解しあい、また、共通の理念のもとで組織的に連携する必要がある。そのため、職種を問わず多くの職員がユニットケア定着研修を受講することが重要であると考えられた。

非介入群の e 施設では厚生労働省の基準で定められた 2 名以上を大きく上回る 13 名、g 施設では 8 名のユニットリーダー研修受講者が配置されていたが、現地調査の得点は、e 施設で 52 点、g 施設は 39.5 点とユニットケアの定着には至っていなかった。このことから、基準よりもユニットリーダー研修受講者の配置数を増やしただけでは、ユニットケアの定着には直結していなかったといえる。非介入群のユニットリーダー研修受講者の割合が e 施設で全介護職員の 18.3%、g 施設で 14.0%であったが、介入群の a、b 施設ではユニットリーダー研修と同一プログラムであるユニットケア定着研修の受講者が前述のとおりに全介護職員の 80%以上であり、この受講率の差が、各施設におけるユニットケアの知

識や技術の点数の差となって表れたと考えられた。

これらのことから、より多くの職員がユニットケア定着研修を受講することでユニットケアの質向上や、その定着に有益であることが示唆された。

次に、コーディネーター養成研修を終えて概ね 1 ヶ月後の再現地調査では a 施設 71.5 点、b 施設 73.0 点となった。これはユニットケア定着の評価水準となる 70 点以上を満たしており、ユニットケアの理解が浸透したためと解釈できる。点数が上昇した要因としては、各施設からのコーディネーター養成研修参加者が、管理的立場である施設長や指導的立場である生活相談員であり、各施設で円滑にユニットケアに関する業務改善をしたものと考えられる。さらに、ユニットケアの向上のためには、職員の資質として対人コミュニケーション能力、さらには痴呆症状や加齢に伴う高齢者特有の身体、精神状態に関する理解も重要である<sup>3)</sup>が、従来は現場の実務者のみが参加する一般の研修会では、得た知識を施設内で展開する場合に、管理職や他職員からの理解・協力を得られずに施設内で孤立し、円滑な展開が阻害される事例が見られていた。またボトムアップによる施設環境づくりが、管理職の理解が不十分で実施が停滞してしまう<sup>4)</sup>事例も報告されている。これらと比較しても、当研究では一定の成果をあげたと考えられる。

ユニット開設後 1 年経過時点の再々現地調査でも a 施設は 73.5 点、b 施設は 76 点と 70 点以上を維持しており、再現地調査よりも高い水準でユニットケアが実践されていたことから、ユニットケアが定着したといえる。

本研究により、開設前のユニットケア定着研修で介護職員全体の基礎力が向上し、さらにコーディネーター養成研修受講者が、業務改善の推進役を果たすことで、1 ヶ月という短期間であっても得点の向上につながられること、そしてその後のユニットケアの定着につながる可能性が示唆された。

## (2) まとめ

本節では、教育的介入であるユニットケア定着研修およびコーディネーター養成研修を行うことにより、得点が向上、定着する効果があった。そしてユニットリーダー研修受講者だけではなく、多くの職員が教育的介入を受け、知識や技術を身につけることが、ユニットケアの質向上や、その定着に有益であったことに大きな意義がある。

しかし、今回の介入群は 2 施設と限定的であるため、今後は対象施設を増やし、今回得られた結果をさらに深く検証することが必要である。

### 注 1 コーディネーター

コーディネーター養成研修を受講し、修了した施設の管理職またはそれに準じた職員。施設で一定の基準に基づいて改善活動の推進役を担う。

## 4. 認知症ケアにおけるこだわりチェックシート作成

### 4.1. 目的

本節では、入居者がこれまで大切にしてきた生活様式、つまり「こだわり」が生活支援に活かせるような介護者向けの支援ツールを作成することを目的とする。この支援ツールは、経験年数が長かったり、気配りができる資質を持っていたり、入居者本人が特別に意向を示したりすることがなかったとしても、入居者の「こだわり」を把握でき、まだ関わりが浅い介護職員であっても、ツールをもとに適切な支援ができることが狙いである。そのために、以下のような方法を用いて支援ツールを作成した。

### 4.2. 研究方法

#### (1) 研究対象

ツール作成のための基礎データを得るための調査は社会福祉法人Aの職員 608 名（年齢 18～79 歳、男性 219 名、女性 389 名）を対象とした。また職種は限定せずに全職種（施設長、生活相談員、介護支援専門員、看護師、機能訓練指導員、介護職員、事務員ほか）を対象とした。

#### (2) 研究方法

自記式のアンケートにより生活のなかでのこだわりとその理由について調査した。質問項目は、24 時間の場面のなかの“したこと”を、「習慣」「好み」「こだわり」に分類し、「好み」「こだわり」の理由については理由を記入し、また「こだわり」の度合いを 3 段階（1（弱）、2（普）、3（強））に分けて選択してもらうこととした。調査方法は、アンケートを受け取った翌日から 1 週間の毎日について、仕事日および休日に関わらず記入してもらった。

#### (3) 倫理的配慮

アンケート調査の目的、方法、個人が特定されないことを調査票に付記し、アンケートの協力をもって同意とみなした。また社会福祉法人の理事長にはあらかじめ調査の趣旨について説明し、了解を得た。

### 4.3. 結果

#### (1) 全体

390 名から回答を得た（回収率 64.1%）。データの欠損は無効とし、有効回答は 385 名（63.3%）であった。基本属性は男性 135 名（35.1%）、女性 250 名（64.9%）であった。分類方法は、自由記述を量的に扱えるデータとするためアンケートの項目毎のカテゴリ化を行い集計した。こだわり強にチェックが入った行動をこだわりの類型別にコード化し分類すると 23 項目に分けられた。最も多くの回答が得られたのは食事に関することで 342（10.6%）、次いで仕事に関すること 326（10.1%）、洗面に関すること 314（9.7%）、入浴に関すること 292（9.0%）、家族に関すること 272（8.4%）、起床に関すること 262（8.1%）、就寝に関すること 252（7.8%）、健康に関すること 192（5.9%）、家事に関す

ること 173 (5.4%)、美容に関すること 167 (5.2%)、リラックスに関すること 124 (3.8%)、趣味活動に関すること 104 (3.2%)、清潔に関すること 65 (2.0%)、飲酒に関すること 63 (2.0%)、喫煙に関すること 58 (1.8%)、TV視聴に関すること 57 (1.8%)、運転に関すること 47 (1.5%)、情報取得に関すること 43 (1.3%)、ペットに関すること 41 (1.3%)、トイレに関すること 16 (0.5%)、信仰に関すること 11 (0.3%)、携帯電話に関すること 7 (0.2%)、教育に関すること 1 (0.03%) となった(表 3-4-1)。なお、情報取得とは新聞、雑誌、インターネットといった媒体を用いて、情報を得るカテゴリと定義する。

表 3-4-1 こだわりの分類表：全体の集計

全体		
カテゴリ	集計	割合
食事	342	10.6%
仕事	326	10.1%
洗面	314	9.7%
入浴	292	9.0%
家族	272	8.4%
起床	262	8.1%
就寝	252	7.8%
健康	192	5.9%
家事	173	5.4%
美容	167	5.2%
リラックス	124	3.8%
趣味活動	104	3.2%
清潔	65	2.0%
飲酒	63	2.0%
喫煙	58	1.8%
TV視聴	57	1.8%
運転	47	1.5%
情報取得	43	1.3%
ペット	41	1.3%
トイレ	16	0.5%
信仰	11	0.3%
携帯電話	7	0.2%
教育	1	0.0%
総計	3229	100%

## (2) 男性

最も多くの回答が得られたのは仕事に関すること 204 (14.0%)、次いで洗面に関すること 173 (11.9%)、食事に関すること 139 (9.6%)、起床に関すること 136 (9.3%)、入浴に関すること 127 (8.7%)、就寝に関すること 110 (7.6%)、家族に関すること 93 (6.4%)、健康に関すること 91 (6.3%)、リラックスに関すること 90 (6.2%)、趣味活動に関すること 66 (4.5%)、飲酒に関すること 55 (3.8%)、清潔に関すること 47 (3.2%)、喫煙に関すること 39 (2.7%)、TV視聴に関すること 29 (2.0%)、家事に関すること 20 (1.4%)、情報取得に関すること 20 (1.4%)、運転に関すること 7 (0.5%)、携帯電話に関すること 4 (0.3%)、信仰に関すること 3 (0.2%)、美容に関すること 2 (0.1%) となった (表 3-4-2)。

表 3-4-2 こだわりの分類表：男性の集計

n=1455		
男性		
カテゴリ	集計	割合
仕事	204	14.0%
洗面	173	11.9%
食事	139	9.6%
起床	136	9.3%
入浴	127	8.7%
就寝	110	7.6%
家族	93	6.4%
健康	91	6.3%
リラックス	90	6.2%
趣味活動	66	4.5%
飲酒	55	3.8%
清潔	47	3.2%
喫煙	39	2.7%
TV視聴	29	2.0%
家事	20	1.4%
情報取得	20	1.4%
運転	7	0.5%
携帯電話	4	0.3%
信仰	3	0.2%
美容	2	0.1%
総計	1455	100%



### (3) 女性

最も多くの回答が得られたのは食事に関すること 203 (11.4%)、次いで家族に関すること 179 (10.1%)、美容に関すること 165 (9.3%)、入浴に関すること 164 (9.2%)、家事に関すること 153 (8.6%)、就寝に関すること 143 (8.1%)、洗面に関すること 141 (7.9%)、起床に関すること 126 (7.1%)、仕事に関すること 122 (6.9%)、健康に関すること 101 (5.7%)、ペットに関すること 41 (2.3%)、運転に関すること 40 (2.3%)、趣味活動に関すること 38 (2.1%)、リラックスに関すること 34 (1.9%)、TV視聴に関すること 28 (1.6%)、情報取得に関すること 23 (1.3%)、喫煙に関すること 19 (1.1%)、清潔に関すること 18 (1.0%)、トイレに関すること 16 (0.9%)、飲酒に関すること 8 (0.5%)、信仰に関すること 8 (0.5%)、携帯電話に関すること 3 (0.2%)、教育に関すること 1 (0.1%) となった (表 3-4-3)。

表 3-4-3 このわりの分類表：女性の集計

女性		
カテゴリ	集計	割合
食事	203	11.4%
家族	179	10.1%
美容	165	9.3%
入浴	164	9.2%
家事	153	8.6%
就寝	143	8.1%
洗面	141	7.9%
起床	126	7.1%
仕事	122	6.9%
健康	101	5.7%
ペット	41	2.3%
運転	40	2.3%
趣味	38	2.1%
リラックス	34	1.9%
TV視聴	28	1.6%
情報取得	23	1.3%
喫煙	19	1.1%
清潔	18	1.0%
トイレ	16	0.9%
飲酒	8	0.5%
信仰	8	0.5%
携帯電話	3	0.2%
教育	1	0.1%
総計	1774	100%

#### (4) こだわりチェックシートの作成

自記式調査結果を基に、施設入居者等のこだわりをケアに従事する者が確認できるようなチェックシートを作成した。23 のカテゴリに分類したが、ペットや携帯、教育等は、こだわりを持つ人とそうではない人の差が大きくあった。このような施設等に入居した後の生活を想定し、介護者が適切に個人のこだわりを評価できるものを作成する必要がある。そのため、23 カテゴリのうち、多くの人がこだわりとしてあげたものを中心にまとめ、評価する様式を作成することが望ましいと考え、チェックシートを作成する際には、A. 食事、B. 生活、C. 清潔、D. 趣味嗜好の4つのカテゴリに整理した（表 3-4-4）。4つのカテゴリ分類の主な内容は以下のとおりである。なお、運転、仕事、教育の項目は、要介護状態にある入居者を想定していることからチェックするカテゴリからは除外した。またリラックスは運動、美容は整容に変更するなどの修正をかけた。

表 3-4-4 こだわりチェックシートのカテゴリ分類

カテゴリ A	食事	食事
カテゴリ B	生活	起床、就寝、人との関わり（家族）、日課（携帯電話・情報取得・家事）
カテゴリ C	清潔	洗面、整容、入浴、環境整備（掃除）
カテゴリ D	趣味嗜好	嗜好品（飲酒、喫煙）、趣味（趣味活動）、運動（リラックス）、信仰

#### 4.4. 考察とまとめ

##### (1) 考察

アンケート調査によるこだわりの分類の結果は 23 項目に分けられた。全体では食事に関するこだわりが最も多い結果となった。和食が好き、魚が好き、ラーメンは硬めが好きなどの食事の嗜好に関することや、朝食は食べない、昼食はたくさん食べる等、食事量の好みに関することがあげられた。また、食事に関するこだわりでは「健康のために野菜を食べる」「健康のためにこの時間は食べない」等、健康を理由にした回答も多くあげられた。これらの健康を意識した回答は「食事」のカテゴリではなく、「健康」のカテゴリに含めた。次いで、仕事に関することがあげられ、仕事に対する姿勢についてのこだわりが多い結果となった。これは施設職員を対象に調査を行ったことが要因と考えられるが、一般的に生活習慣は現役世代から連続的に習慣化されると考えられるため、仕事に関するこだわりは高齢期になっても生活のなかで重要な要素である可能性も考えられる。

チェックシートでは、アンケート調査の結果から抽出された、誰もがこだわりと考えられる項目を確認するため、AカテゴリからDカテゴリに分けて、それぞれ記入欄を設けた（図 3-4-1、図 3-4-2）。また自由記入欄を設けて、個人差が大きくあらわれる項目についても確認できるようにした。さらに気づきのヒント欄を設け、記入者が記入しやすいよう工夫した。こだわりの時間帯や度合等については、個人差が大きいたことが明らかになったため、それも個別に確認できるようにした。さらにこだわりをまとめるために、その人

が、より重要視していることを整理できるこだわり整理エリアを設けた（図 3-4-3）。これは、個人差の大きな細かなこだわりについても見逃すことなく確認するためである。初めに4つの大カテゴリについて細かく書き出し、それを再度まとめるという手続きをとることによって、個人の大切なこだわりを見逃すことなく、さらにより個人の生活に与える影響の大きなこだわりをケアに携わる者すべてが共有できるようにした。米本らによれば、在宅という環境であっても、施設職員は、老人の生活空間を具体的に把握し、家族のニーズを把握し、その条件にあった方法書、つまりマニュアルを作成すべき<sup>5)</sup>と指摘している。その人にとってあたりまえのこだわりをあたりまえに支援するためには、多種多様なこだわりをしっかりと把握することが重要である。その人が“ゆずれないもの”を知ることは、その人の生き方を知ることにも通じると考える。本研究では、地域差等の偏りがあるかもしれないが、このようなチェックシートを活用することで、それぞれのこだわりをしっかりと意識して把握することにつながり、より一人ひとりのこだわりを生活に活かすことができるのではないかと考える。

## （2）まとめ

本節では、施設職員が調査対象であったため、結果をそのまま施設入居者に当てはめて考えることはできない。特に介護職員は、介護職として働き始めてからしばらくの間は戸惑いを覚える場面も多く、経験によって介護技術が向上し、さまざまな状況に柔軟に対応できるようになる。このような過程を経て、介護技術は上がり、個別ケアが提供されているが、その実践は、一人ひとりの力量に左右され、多種多様になっているケースも少なくない。特に認知症の人の施設入居においては、混乱が生じやすい環境が人の影響によるものもある。そのため、今回作成したこだわりチェックシートを実際に活用でき、かつ精度の高いものにしていくために、今回作成したこだわりチェックシートを実際に介護職員が記入し、必要な修正を加えるといった実践を積み重ねていくことが今後の課題である。

# こだわりチェックシート

## A. 食事

\*食事についてのこだわりをチェックしましょう。  
出来るだけ具体的に書いてみましょう。

### ①内容

- ・食べ物の好き嫌い  
＜
- ・食事の温かさの好み  
＜
- ・食事量  
＜

>

>

>

### ②環境

- ・時間  
＜
- ・場所  
＜
- ・雰囲気  
＜

>

>

>

\*その他＜

>

## 気づきのヒント

### ①内容

- ・食べ物の好き嫌い  
→苦手な食べ物や食欲がなくても食べられるような好物などを確認しましょう。
- ・食事の温かさの好み  
→猫舌で熱い物だと食欲が低下する、冷たい物は歯にしみて食べられないなどはありませんか？
- ・食事量  
→お茶碗にどのくらいの量のご飯が適量なのか、おかずの量はどの位だと適量なのか確認しましょう。

### ②環境

- ・時間  
→朝昼夜の食事は何時頃に摂る習慣があったのでしょうか？
- ・場所  
→居室、リビング等どのような場所で摂りたいのでしょうか？
- ・雰囲気  
→どのような雰囲気です食事を摂りたいのでしょうか？1人がよいのか、どのような人たちと摂りたいと思っているのでしょうか？

\*その他確認することはありますか？

## B. 生活

\*生活についてのこだわりをチェックしましょう。  
出来るだけ具体的に書いてみましょう。

### ①起床時

- ・目覚め方  
＜
- ・目覚めてからの行動  
＜

>

>

### ②就寝時

- ・就寝時の服装  
＜
- ・寝具  
＜
- ・環境  
＜

>

>

>

### ③人との関わり

- ・家族、友人、仲間等との交流  
＜

>

### ④日課

- ・毎日すること  
＜

>

\*その他＜

>

## 気づきのヒント

### ①起床時

- ・目覚め方  
→目覚まし時計の使用の有無、他者に起こして欲しい等、目覚め方を確認しましょう。
- ・目覚めてからの行動  
→カーテンをすぐに関ける、すぐに歯磨きをする等起床後の行動を確認しましょう。

### ②就寝時

- ・就寝時の服装  
→どのような格好で眠るのでしょうか？
- ・寝具  
→どのような寝具を好むのでしょうか？
- ・環境  
→豆電球を点けておきたい等の好みを確認しましょう。

### ③人との関わり

- ・家族、友人、仲間等との交流  
→家族や他者のためにしたい事はありませんか？家族に会いたい、人との交流は苦手だ等、人との関わりを確認しましょう。

### ④日課

- ・毎日すること  
→仏壇に手を合わせる、花に水をあげる、新聞を読む等、毎日欠かさずすること、したいことを確認しましょう。

\*その他、確認することはありますか？

図 3-4-1 こだわりチェックシート（A、B カテゴリ 筆者作成）

### C. 清潔

\*清潔についてのこだわりをチェックしましょう。  
出来るだけ具体的に書いてみましょう。

- ①洗面
  - ・方法<>
- ②整容
  - ・方法<>
- ③入浴
  - ・方法(手順)<>
  - ・湯の温度<>
  - ・頻度と時間<>
- ④環境整備(掃除)
  - ・方法<>
  - ・頻度<>
- \*その他<>

### 気づきのヒント

- ①洗面
  - ・方法  
→洗面所で椅子に座って洗いたい、洗顔料を使いたい、タオルでぬぐうだけでよい等、洗面方法を確認しましょう。
- ②整容
  - ・方法  
→化粧水をつける、お化粧をする、髪の毛を梳かす、眼鏡をふく、ひげをそる等、整容に関する習慣を確認しましょう。
- ③入浴
  - ・方法(手順)  
→湯に浸かる前に体を洗いたい、髪の毛から先に洗いたい、あがったらすぐ着替えたい、水を飲みたい、毎日入りたい、お風呂に入りたい等、入浴方法を確認しておきましょう。
- ④環境整備(掃除)
  - ・方法  
→自分で掃除機をかけたい、雑巾がけをしたい、毎日筆等をはたきたい等、どのように掃除をしたいか確認しましょう。
  - ・頻度  
→どの位の頻度で掃除をしたいか確認しましょう。
- \*その他、確認することはありますか？

### D. 趣味嗜好

\*趣味嗜好についてのこだわりをチェックしましょう。  
出来るだけ具体的に書いてみましょう。

- ①嗜好品
  - ・嗜好品の種類<>
  - ・嗜好品使用のタイミング<>
- ②趣味
  - ・趣味の種類<>
  - ・趣味の時間<>
- ③運動
  - ・運動習慣<>
- ④信仰
  - ・信仰の有無<>
- \*その他<>

### 気づきのヒント

- ①嗜好品
  - ・嗜好品の種類  
→飲酒や喫煙はしますか？好みの銘柄はありますか？毎日飲みたい健康ドリンク等嗜好品を確認しましょう。
  - ・嗜好品使用のタイミング  
→夜ご飯後に晩酌したい、毎食後喫煙したい、毎朝健康ドリンクを飲みたい等、嗜好品を使用するタイミングを確認しましょう。
- ②趣味
  - ・趣味の種類  
→どのような趣味を持っているのか確認しましょう。
  - ・趣味の頻度  
→いつどのような時に趣味を楽しみたいのでしょうか？
- ③運動
  - ・運動習慣  
→毎朝ラジオ体操をする、散歩をする等、どのような運動習慣があるのか確認しましょう。
- ④信仰
  - ・信仰の有無  
→信仰はありますか？確認しましょう。
- \*その他、確認することはありますか？

図 3-4-2 こだわりチェックシート (C、D カテゴリ 筆者作成)

## こだわり整理エリア

【留意点】このエリアでは、こだわりチェックシートで確認した本人のこだわりのなかから、ケアに反映できるようなことや、本人にとって特に重要だと感じたこだわりを整理します。どのケア場面で活かすことができるかについても考えながら記入しましょう。なかでも一番大事だと思ったこだわりを目立つように記入しておきましょう。

### さんの大事なこだわり

#### A. 食事

\* 食事に関するこだわりで重要だと思ったことを以下に書き出しておきましょう。

#### B. 生活

\* 生活に関するこだわりで重要だと思ったことを以下に書き出しておきましょう。

#### C. 清潔

\* 清潔に関するこだわりで重要だと思ったことを以下に書き出しておきましょう。

#### D. 趣味嗜好

\* 趣味嗜好に関するこだわりで重要だと思ったことを以下に書き出しておきましょう。

図 3-4-3 こだわりチェックシート（こだわり整理エリア 筆者作成）

## 5. ユニット型施設における相互評価のシステム化

### 5.1. 目的

本章では、ユニット型施設間で相互に評価しあうシステムを提案することを目的とする。具体的には、自己評価→外部評価→再外部評価と研修を組み合わせた相互評価システムを構築する。この相互評価システムでは、ユニット型施設の評価方法について、評価者が客観的評価の視点を持ち、ユニットケアの実務的な理解を有することを前提としている。その場合、ユニットケアに取り組む施設の専門職同士が定期的に相互評価しあうことで、互いのユニットケアの現状が明確化され自施設の取り組みに反映されることになる。これによりユニット型施設の質の向上に有用であると考えた。なお、本研究では評価方法そのものではなく、評価により引き出された実践が、どのように質の向上に繋がっていくか、そのプロセスを明らかにすることも狙いとしている。

### 5.2. 研究方法

#### (1) 研究対象

研究対象は、A県にある190のユニット型施設のなかから施設所在地や開設年数により施設を選定し、そのなかで承諾を得られた7施設（ユニットリーダー実地研修施設以外）を対象とした（表3-5-1）。なお、選定にあたっては定員やユニット数といった属性についての制限は設けていない。

表3-5-1 対象施設概要（2013年11月）

	立地	ユニット 開始年	定員	平均 介護度	ユニット 数	ユニット リーダー研修 受講者数	職員配置 入居者：職員
a 施設	A 市	2007	80	3.1	8	6	1.6 : 1
b 施設	B 町	2007	70	3.3	7	13	1.4 : 1
c 施設	C 市	2007	124	3.0	13	4	2.0 : 1
d 施設	D 町	2003	60	3.5	6	2	2.1 : 1
e 施設	E 町	2013	80	2.9	8	4	1.8 : 1
f 施設	D 町	2013	29	2.1	3	3	2.0 : 1
g 施設	F 市	2007	105	3.8	12	13	1.6 : 1

#### (2) 研究方法

本研究では、ユニット型施設の質の評価については厚生労働省が実地研修施設の選定用として定めたユニットリーダー実地研修施設選定調査票を用いた。当該調査票では100点中70点の得点で厚生労働省が定めるユニットリーダー実地研修施設と認定される。そこで、この調査票は指標として一定の信頼性が確保されと考えられるため、本調査票の5つのカテゴリ別（A. 設備面への配慮、B. 取組体制、C. 個別ケアの実践、D. 研修設備、E. 研修受入姿勢）の得点で70点以上の評価を得ることを「質が高い」と定義し

た。

また、本研究では調査期間中の評価得点を正確に測定し評価の質を担保するために、「開設後3年以上経過した施設の施設長」で厚生労働省が定める所定の研修を修了している全国の実地研修施設調査員（以下、外部評価員）13名のなかから調査実績件数の上位4名を外部評価員として選定し、本研究への協力を依頼した。米本らが指摘したように査察を担当する者は基本的に専門家であるべきであり、そうでなければスタッフの専門性に太刀打ちできない<sup>6)</sup>ことも本研究では十分に考慮した。

本研究で定める相互評価システムの概要については以下および図3-5-1に示す。

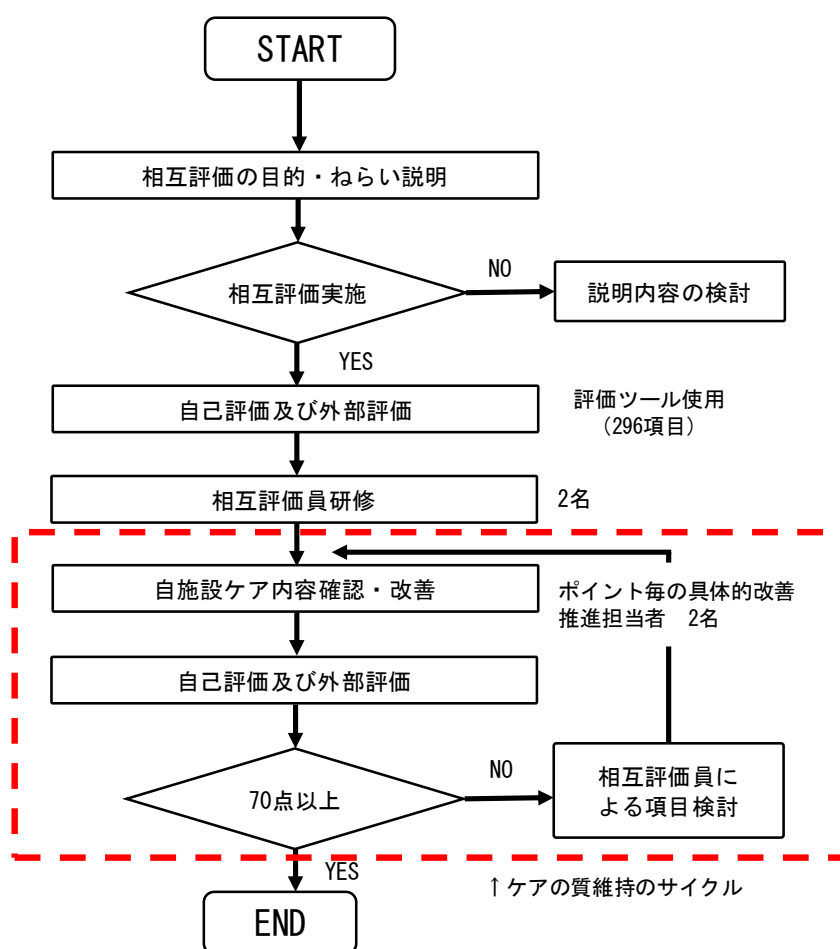


図 3-5-1 相互評価システム化のフローチャート

#### 1) 自己評価

評価ツールを用いて、それぞれの施設が事前の自己評価を行う。なお、この時点では評価担当者は、評価票についての意味づけやポイントについて把握していない。

#### 2) 外部評価

次に、自己評価した結果をもとに、外部評価員が実際に施設に訪問し、「視察調査」「ヒアリング調査」「書類調査」により各項目について評価を行う。その際に、評価ポイントについて自己評価と外部評価の差異が出た場合は、外部評価員はその判断根拠につい



て、施設管理者に具体的に説明し、指導し、ユニットケアの内容を理解させる。

### 3) 相互評価員研修

相互評価員とは各施設にてユニットケアの推進実務並びにユニット型施設間の相互評価にあたる者をいう。相互評価員研修の受講対象者は原則として、施設内にてユニットケア推進の中心となる者で、各施設から原則として管理者と推進担当者の2名である。研修プログラムはユニットリーダー研修実地研修施設調査員研修会のプログラムに準じた内容とし、①評価員としての視点を具体的に習得するため、②自施設での具体的な実践につなげるため、③そのための評価方法や評価視点の統一ができるように実施する。研修の講師は外部評価員が務める。

### 4) 自施設での取り組み

相互評価員研修を受講後、概ね1ヶ月間の実践期間を設け、相互評価員は自ら所属している施設において研修で学んだ内容に基づいてユニットケアを実践しながら改善を行う。

### 5) 再外部評価

外部評価員1名と相互評価員1名が、研究対象施設に訪問し、外部評価と同様に「視察調査」「ヒアリング調査」「書類調査」の順により評価を行う。その際に疑義が生じた場合には、相互評価員はその根拠について説明し、外部評価員が助言を行う。

### 6) 評価ツール

評価ツールは、厚生労働省が定める調査票の50項目を基に、ケア内容をさらに詳しく評価するために296項目に細分化したものである（図3-5-2）。この調査票は下記A～E5つのカテゴリから構成されており、それぞれのカテゴリ配点の合計で100点満点となる。

#### カテゴリ A ハード

設備面への配慮（項目数43）；在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている（配点16点）

#### カテゴリ B システム・フォーム

取り組み体制（項目数67）；個別ケアの継続性を保てるよう、情報共有の仕組みづくりや職員配置、職員教育を行っている（配点26点）

#### カテゴリ C ソフト

個別ケアの実践（項目数116）；施設の理念の共有のもと、一人ひとりを尊重し、生活リズムに沿った個別ケアを実践している（配点34点）

#### カテゴリ D ハード

研修生の受入設備（項目数16）；リーダー研修生の受入の際に、設備的な支障がない（配点8点）

#### カテゴリ E システム

研修受入姿勢（項目数54）；職員全体がユニットリーダー研修受入に積極的に取り組んでいる（配点16点）

## ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票

重視するポイント	評価項目	得点
A. 設備面への配慮 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている。	①居室が入居者にとっての居場所になるように配慮している	個人の持ち物などを自由に持ち込み、居場所を確保している。 介護者の都合で居室のドアを開けっぱなしにしていることはないようにしている。
	②リビングはごく普通の生活ができるように配慮している	リビングに煮炊きできるキッチンが設置されている。 リビングにいる入居者はそこで生活感を感じている。
	③セミパブリックなどの空間作りや社会とのつながりの配慮をしている	セミパブリックスペースなど、工夫のできる空間等をうまく利用している。 パブリックスペースが地域の交流の場として活用されている。
	④ユニットで生活ができるようなトイレ、個浴等の配置に配慮している	トイレは入居者の排泄をサポートできるような居室設置か、分散配置されている。 浴室は分散配置、個浴設置など、入居者の入浴希望に沿えるよう配慮している。
		その他（ ）
B. 取組体制 個別ケアの継続性を保てるよう、情報共有の仕組み作りや職員配置、職員教育を行っている。	①施設の理念が職員に理解できるよう配慮している	施設の理念について職員の理解が深まるような取り組みをしている。 管理者は自らの思いを職員に伝えている。
	②個別状況に応じた計画策定や記録がなされている	入居者の生活習慣、趣味、好きなこと等についての意向を把握している（記録等）。 ユニット職員が入居者のケアプランやケアカンファレンスに貢献している。
	③入居者本位のサービス（個別ケア）となるよう、利用環境への配慮をしている	一人ひとりに関する情報を過不足なく記載される仕組みがある。 入居者が朝起きて今日は何をしようか考え、実行できるよう職員は努力している。 入居者ごとの外出または外泊を支援する仕組みがある。
	④情報共有の工夫がされている	入居者に関する記録は一元化・一覧化されている。 計画の内容や入居者の記録を、支援する全職員が共有できるようにしている。
	⑤職員研修計画・実施など個別ケアの質向上に取り組んでいる	職員がユニットケアの知識や技術が学べるような機会を提供している（施設内研修など）。 職員の研修等成果を確認し、研修等が本人の育成に役立ったかを確認するようにしている。
	⑥会議等、重要案件（組織体制やケア内容等）の意思決定手順が決まっている。	目的に応じた会議が定期的に開催されている。 会議等、現場の意向を反映する仕組みがある。
C. 個別ケアの実践 施設の理念の共有のもと、一人ひとりを尊重し、生活リズムに沿った個別ケアを実施している。	①入居者の権利・プライバシーを守り、個人の意思を尊重している	支援の際に、その方の生活習慣等に沿うようにしている。 入居者の羞恥心に配慮した支援を行っている。 服装や整容は利用者の好みを反映して行っている。 職員のベースになったり、日課の消化となったりしていない。 夜間の見回りは必要に応じて行うようにしている（定時、随時を含め）。
	②家族等との交流・連携を図っている	家族等との外出・外泊・面会時間の制限はない。 入居者の日常の様子や施設の状況を家族に連絡している。
	③おいしい食事を工夫している	入居者個人の食器を持ち込める。 施設の厨房とユニットのキッチンを使い分けをしている。 入居者が食べたいものがあれば、食べられるよう配慮している。 入居者が補食や食べたいものを持ち込める。 入居者に合わせて、一緒に準備や片付けをする取組みをしている。
	④排泄や入浴は入居者の状態や意思を反映して行っている	排泄介助が必要な入居者に対して、個別に誘導や介助の支援をしている。 ポータブルトイレ、おむつ等の排泄用品は各入居者に合わせたものを使用している。 夜間の排泄支援については、それぞれの入居者に合わせた支援をしている。 入居者本人がゆったりできる入浴方法（入浴時間やマンツーマン方法等）を支援している。 入居者本人の気持ちを尊重し、同性介助等に配慮している。
		その他（ ）
D. 研修設備 リーダー研修の実施の際に、設備的な支障がない。	①研修に必要な機材、場所の配慮が可能である	机、ホワイトボード等、必要な機材等が準備されている。 毎日の振り返りをする場所の確保ができる。
	②研修者が研修するに当たっての利便性が良い	交通の便や宿泊などに支障がない。 研修受入担当者を決めるなど、対応がスムーズにとれるよう用意がある。
		その他（ ）
	①職員全体がユニットリーダー研修受入に理解がある	研修者受入に対する基本方針・取組体制を明確にしている。 研修者が相談や意見、疑問を述べやすい雰囲気がある。

②入居者個人の食器を持ち込める		○ ×	入から現在に至るまでの解説ができる。 りの担当者を配置する用意がある。
調査ポイント	個人持ちの食器がある（茶碗・お椀・箸・湯飲みなど） （施設で購入した食器を単純に各入居者に割り当てるという事ではない）	見る 見学时	務内容が明らかにされている。 立性が保たれている。
	個人持ちの食器を使用するメリットを説明できる	聞く リーダー	トの勤務表が作成されている ごとの自由裁量権がある。
	個人持ちの食器が割れた時の取り決めがなされている	聞く リーダー	はまらないまたは不明（0点）
	状況及び判断根拠	点数 ／1	合計

図 3-5-2 調査票（厚生労働省）と具体的な相互評価調査項目

### (3) 倫理的配慮

協力を依頼した施設の長に対して、研究の主旨、施設が特定されないこと、収集したデータは研究目的以外に使用しないこと、参加者の個人情報の取扱いについて、説明のうえ、書面による同意を得た。

### (4) 分析方法

このシステム化の有用性を検証するため、対象7施設の自己評価、外部評価、再外部評価の多群分析により各3評価結果の有意差についてKruskal-Wallis検定を行う。さらに、外部評価と再外部評価に焦点をあて、各平均値の有意差について2標本t検定を行う。

## 5.3. 結果

### (1) 結果

#### 1) 自己評価および外部評価、再外部評価（表3-5-2、図3-5-3）

研究対象となった7施設の自己評価の結果は、a施設は54.0点、b施設60.5点、c施設45.0点、d施設50.0点、e施設47.5点、f施設54.0点、g施設71.5点、平均で54.6点だった。これに対して外部評価の結果は、a施設46.5点、b施設45.5点、c施設54.5点、d施設48.5点、e施設53.0点、f施設53.0点、g施設52.0点で、その平均は、50.4点であった。自己評価の平均54.6点に比べて、外部評価の平均50.4点の方が1割程度低く、少し厳しい結果である。

外部評価のカテゴリ別の平均値は、カテゴリAは9.6点/16点、カテゴリBは12.6点/26点、カテゴリCは16.6点/34点、カテゴリDは4.7点/8点、カテゴリEは7.3点/16点という結果であった。この現地調査の結果は、いずれの施設も外部評価でユニットケアの質を担保する70点を満たしていなかった。

表 3-5-2 評価得点の結果比較

	自己評価	外部評価	再外部評価
	総得点 100 点	総得点 100 点	総得点 100 点
平均	54.6	50.4	70.5
a 施設	54.0	46.5	59.0
b 施設	60.5	45.5	71.0
c 施設	45.0	54.5	78.5
d 施設	50.0	48.5	66.0
e 施設	47.5	53.0	73.0
f 施設	54.0	53.0	71.5
g 施設	71.5	52.0	74.5

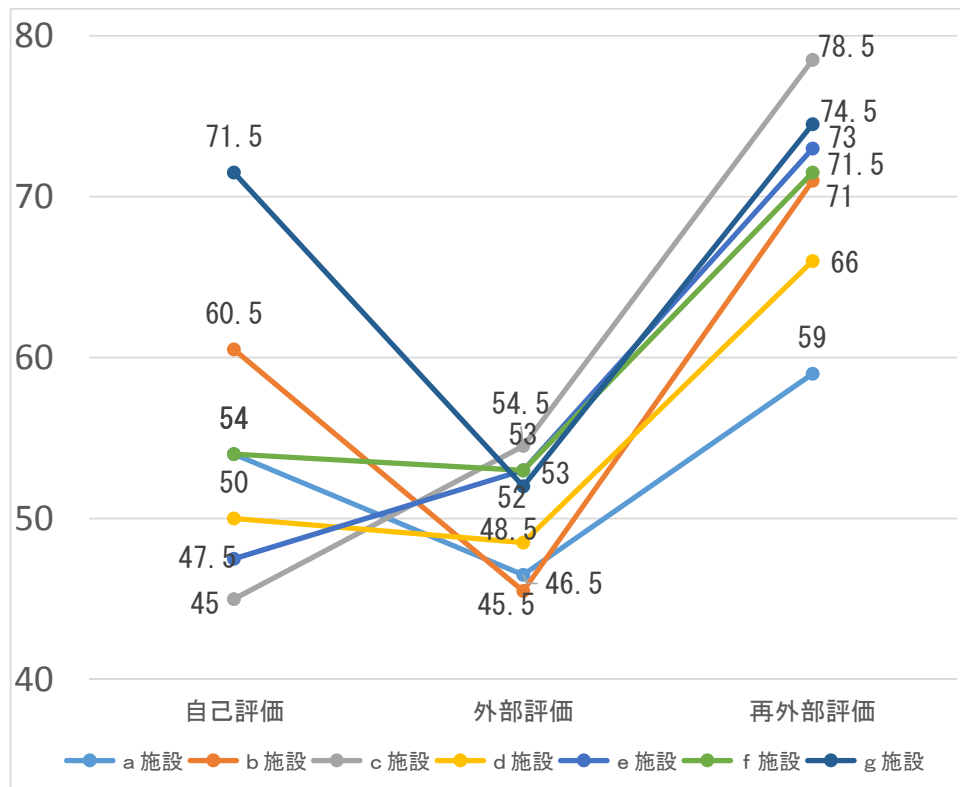


図 3-5-3 評価得点の推移 (総得点)

## 2) 相互評価員研修 (表 3-5-3)

相互評価員研修は、2013 年 11 月 20 日に 1 日の日程で実施した。講師は外部評価員が務めた。相互評価員研修の参加者は、a 施設 1 名、b 施設 2 名、c 施設 2 名、d 施設 2 名、e 施設 2 名、f 施設 1 名、g 施設 2 名の計 12 名であった。参加者は各施設のユニットケアの推進役となるため、7 施設中 6 施設から、施設長、副施設長、施設長補佐の計 7 名の施設管理者が参加するとともに各施設で指導的立場の生活相談員 5 名も参加した。

参加者 12 名中 9 名はユニットケア施設管理者研修または、ユニットリーダー研修の修了者である。研修内容は、相互評価調査員としてのカテゴリ別の評価視点および具体的な実践につなげるためのポイント解説などを中心とした。

表 3-5-3 相互評価員の属性

No.	施設	性別	年齢	職種	経験年数	ユニットケア研修 受講の有無	
1	a 施設	男	40	施設長	18 年	有	管理者研修
2	b 施設	女	37	施設長補佐	13 年	有	リーダー研修
3	b 施設	女	32	援助係長	13 年	有	リーダー研修
4	c 施設	男	53	施設長	28 年	有	管理者研修
5	c 施設	男	32	生活相談員	6 年	無	－
6	d 施設	男	51	施設長	29 年	有	管理者研修
7	d 施設	男	29	生活相談員	6 年	無	－
8	e 施設	男	42	施設長	12 年	無	－
9	e 施設	女	40	副施設長	22 年	有	リーダー研修
10	f 施設	男	33	生活相談員	15 年	有	リーダー研修
11	g 施設	女	54	副施設長	25 年	有	管理者研修
12	g 施設	男	30	生活相談員	9 年	有	管理者研修

### 3) 自施設での取り組み（表 3-5-4）

相互評価員が中心となり、調査項目に沿って自施設においてユニットケアの実践を約 1 ヶ月間実施した。相互評価員研修において外部評価員が提示した判断根拠をもとに、各施設ではリーダー会議等を行って、施設で実践すべき内容の共有を図った。その具体的な実践例を表 3-5-4 に示す。

表 3-5-4 相互評価員の具体的な実践例

実践内容	関連 カテゴリ	役職
・受講者が職員の話し声のトーンについての考え方を会議で周知した。	C	生活相談員
・夜間の見回りに関する家族の意向について職員間の共通理解はあったが明文化されていなかったためマニュアルに明記した。	C	生活相談員
・施設からの外出について明文化されていなかったため、家族等への案内文書へ追記した。	B・C	施設長
・個人の食器を使用する意味合いについて、受講者がリーダー会議で話すとともに新任のリーダーへの教育を行った。	B・C	生活相談員
・ユニットでの調理に関する通知等の考え方について、リーダー会議の時間内で勉強会を実施した。	B・C	生活相談員
・同性介助に対する意向について、日頃から把握はしていたが、改めて入居の手順書やフェイスシート等に落とし込んだ。また別の施設では同性介助に関する取扱いについてマニュアル化した。	C	生活相談員
・羞恥心等への配慮について、明文化されておらず、他施設とも連携し、マニュアルを作成した。	A・C	生活相談員
・食べ物の持ち込みについて、栄養士と連携し、取扱いマニュアルを作成した。	C	施設長
・排泄への声掛けについて、受講者が講師となって権利擁護研修を開催し、言葉かけの内容だけでなく場面や相手に応じた配慮について教育を行った。	B・C	施設長

### 4) 再外部評価（表 3-5-2）

相互評価員研修から概ね 1 ヶ月後（g 施設 27 日後、a、c 施設 28 日後、b、d、e、f 施設 29 日後）となる 2013 年 12 月 17 日から 12 月 19 日の期間に、7 施設に対して再外部評価を行った結果、a 施設 59.0 点、b 施設 71.0 点、c 施設 78.5 点、d 施設 66.0 点、e 施設 73.0 点、f 施設 71.5 点、g 施設 74.5 点と 7 施設すべてが外部評価を上回る結果となった。

カテゴリ別の平均値は、カテゴリ A は 12 点/16 点、カテゴリ B は 18.5 点/26 点、カテゴリ C は 27.1 点/34 点、カテゴリ D は 4.7 点/8 点、カテゴリ E は 8.5 点/16 点であった。b、c、e、f、g の 5 施設については、実地研修施設の選定条件である 70 点以上に達した。

なお、外部評価と再外部評価の担当（表 3-5-5）については、評価日程の関係もあり、7 施設中 4 施設の評価は同一の 2 名が担当し、他の 3 施設の評価は 2 名中 1 名が同じであった。必ずしも完全に同じ評価員ではないが、統一された評価視点を持つ 4 名の外部評価員により、評価が実施された（表 3-5-6）。

表 3-5-5 外部評価員の属性

評価者	役職	年齢	ユニット型施設 運営経験年数	福祉施設 経験年数
ア	理事長・施設長	60	15 年	38 年
イ	施設長	48	8 年	26 年
ウ	施設長	52	9 年	30 年
エ	理事長・施設長	62	8 年	40 年

表 3-5-6 評価者担当施設一覧

	外部評価者	再外部評価者
a施設	ア・イ	ア・イ
b施設	ア・イ	ア・ウ
c施設	ア・イ	ア・エ
d施設	ア・イ	ア・エ
e施設	ア・イ	ア・イ
f施設	ア・イ	ア・イ
g施設	ア・イ	ア・イ

5) 自己評価、外部評価および再外部評価の比較（図 3-5-3、図 3-5-4）

外部評価および再外部評価の得点を比較すると、いずれの施設も再外部評価点が、a 施設+12.5 点、b 施設+25.5 点、c 施設+24.0 点、d 施設+17.5 点、e 施設+20.0 点、f 施設+18.5 点、g 施設+22.5 点と大きく上昇しており、7 施設の平均値も、+20.1 点で有意であった。各施設のカテゴリ別の比較結果を下記のグラフに示す。

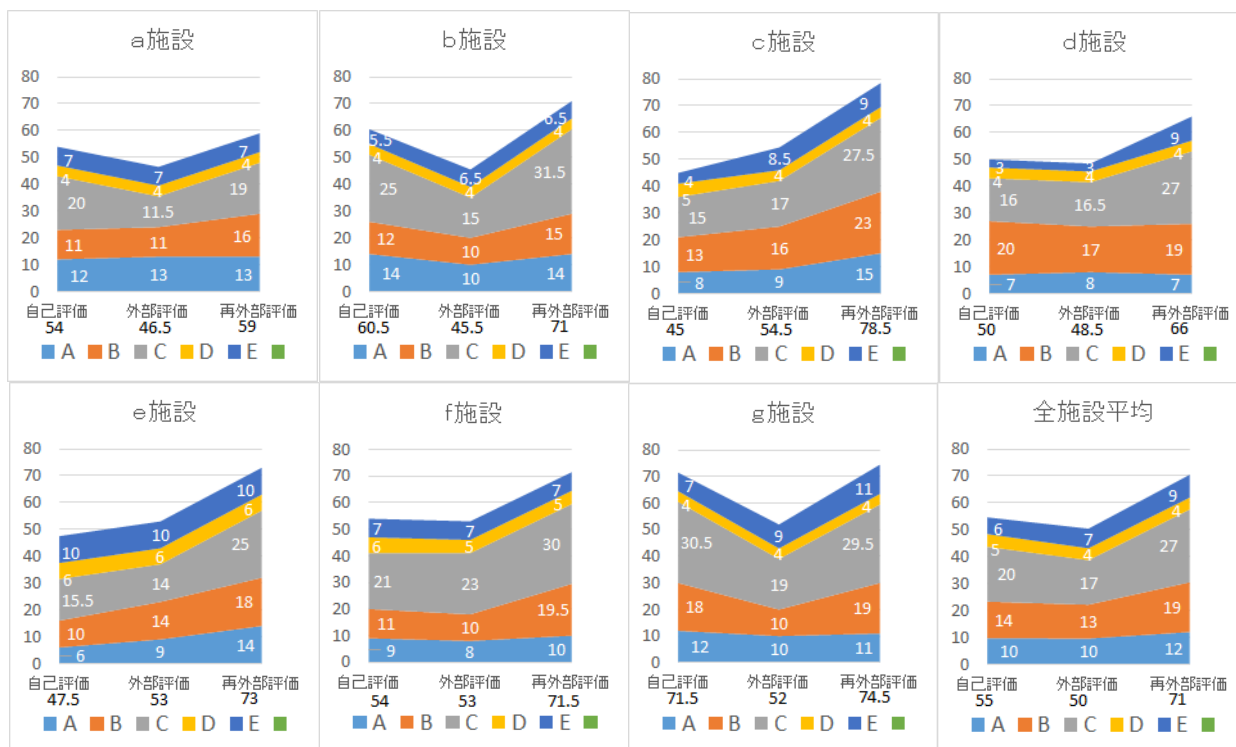


図 3-5-4 評価得点の推移（カテゴリ A－E 別）

## (2) 分析結果（表 3-5-7）

7 施設の自己評価と外部評価、再外部評価の 3 評価結果について、ノンパラメトリック法の Kruskal-Wallis 検定を行ったところ、判定では 3 群の各評価結果間において 1%の危険率で有意差が認められた。

次に、7 施設の外部評価と再外部評価の点数の平均値は、すべての施設において上がっており、この結果について 2 標本 t 検定を行ったところ、p 値が  $p < 0.01$  だったため、帰無仮説は棄却され、外部評価と再外部評価の平均値に有意差がみられた（ $t(9) = -7.32, p < .01$ ）。

表 3-5-7 3 評価間の関係（Kruskal-Wallis 検定）

水準	自己評価	外部評価	再外部評価
n	7	7	7
平均順位	9.07	6.57	17.36
Kruskal-Wallis 検定 ** : 1%有意 * : 5%有意			
X <sup>2</sup> 検定	自由度	p 値	判定
11.6126	2	0.0030	**

## 5.4. 考察とまとめ

### (1) 考察

自己評価と外部評価の得点を比較すると差が出た。この差は自己評価者が、評価項目についての研修を受講していないため、主観的な視点で評価しがちとなり、それに対して外部評価者は厚生労働省の定める研修を受講して、客観性のある専門的な視点で評価することによって、差が出ると考えられる。このことから、外部評価者により評価されることが、施設の職員に「気づき」を与えることになり、ここに外部評価の重要性があるといえる。

また、すべての研究対象施設において外部評価と比べて再外部評価では有意に得点が高くなったことが明らかとなった。評価カテゴリ別に見るとカテゴリ B「施設の取り組み体制」および、カテゴリ C「個別ケアの実践状況」において大きく評価得点が向上している特徴が見られた。これには相互評価員研修においてユニットケアの評価基準を明確に示し、自施設で取り組むべき課題が明らかになったことが影響していると考えられた。

一方、カテゴリ A「設備面への配慮」の得点が上がらなかった。これは施設の構造や立地条件などに関するカテゴリであるため、実践期間内にこれらを改善することは非常に困難であったためと考えられた。それにもかかわらず、総得点が上昇したことは、「設備面への配慮」、つまりハード面の課題を、ソフト面やシステム面で工夫することにより、質の高いユニットケアを行うことが可能であり、本評価システムによって、ユニット型施設の質の向上につながれることを示している。

また外部評価と再外部評価で得点した理由のもうひとつは、自己評価だけでは改善する方法がわからず、外部評価者の指導が、改善への気づきを促したからだと考えられる。加えて、改善結果を確認するための事後評価として、再外部評価があり、そのチェックが根本的な改善を促したともいえる。

これらの理由により、ユニット型施設における評価得点が上昇し、ケアの質の向上に寄与したと考えられる。そして相互評価員がユニットケア実践に向けて課題を明確に伝え改善を行ったことも評価得点の向上に大きく影響したと考えられる。

施設間相互評価の先行研究では、施設間のケアの工夫などの情報交換やケアの苦労を共感し合い、スタッフ間の刺激や交流になっている<sup>7)</sup>が、実際の質の向上に繋げるには、参加するスタッフ全員への十分な事前説明が必要となる<sup>8)</sup>など、課題も残されており、その点でも、ユニット型施設の質の向上につなげた本研究の意義は大きいといえる。

またユニット型施設開設からわずか半年間の f 施設および従来型からユニット型施設に転換後半年間の e 施設において、比較的短期間であったが再外部評価で 70 点以上の評価を得たことは非常に特徴的であった。特に f 施設については、田辺らにより、既存特養へのユニットケアの導入後に脱人格化が進行した介護スタッフが増加する事例も報告<sup>9)</sup>されていることと比較すれば、研究への参加がスタッフによい影響をもたらしたといえる。

以上の結果から、ユニットケアについて必要な視点と具体的な取り組み内容について正しく理解し、相互に評価するシステムは、ユニット型施設の質を向上させる可能性があり、ユニットケアも標準化が図られたと考えられる。



## (2) まとめ

本研究では、ユニット型施設の質が一定の短期間で向上すること、および施設間の相互評価により、ユニットケアの標準化が図られることが示された。これらにより相互評価システムが有用であることが示された。

この相互評価システムが今後、一般化され全国的に展開し、ユニットケアの標準化が図られることが、ユニット型施設の質の底上げにつながり、サービスの評価手法が確立されるという点で大いに意義がある。

しかし、今回の対象施設は7事業所と限定的であるため、今後は対象施設を増やし、今回得られた結果をさらに深く検証すること、また今回は厚生労働省の指標を用いたが、このシステムをさらに活用できるようにするために、より有効性および信頼性の高い指標を開発すること、この2点が課題である。

## 6. 第3章のまとめ

本章では、認知症ケアにおける「人的環境」における課題を解決する方法を検討し考察した。以下に結果をまとめる。

1. 新任介護職員への効果的な教育手法については、以下にまとめる。
  - (1) 新任介護職員と教育担当者が定期的に評価をすることで、自己評価と他者評価の差により教育の視点が明確化される。
  - (2) 評価結果を分析することにより、組織のフォローの仕組みと入社後の継続した研修受講や復習による自己研鑽などの研修体制の確立に資することができると考えられた。
2. ユニットケアの定着のための教育的介入の効果について、以下にまとめる。
  - (1) 教育的介入と位置付けたユニットケア定着研修およびコーディネーター養成研修を行うことにより、評価得点が向上し、ユニットケアが定着する効果があった。
  - (2) ユニットリーダー研修受講者だけではなく、他職種や多くの職員が教育的介入を受け、知識や技術を身につけることが、ユニットケアの質向上や、その定着に有益であることが示唆された。
3. 認知症高齢者への個別ケアの推進のための支援ツールの開発について、以下にまとめる。
  - (1) 自記式調査結果を基に、施設入居者等のこだわりをケアに従事する者が確認できるようなチェックシートを作成した。チェックシートでは、個人差が大きくあらわれる項目についても確認できるようにした。こだわりの時間帯や度合い等については個人差が大きいのので、それも個別に確認できるようにした。さらに、最終頁でその人がより重要視していることを整理できる欄を設けた。このようなチェックシートを活用することで、それぞれのこだわりをしっかりと意識して把握することにつながり、より一人ひとりのこだわりを生活に活かすことができると考えられた。
4. ユニット型施設の質の向上と職員意識の向上のための評価システムの有用性について、以下にまとめる。
  - (1) 外部評価者によりサービスを評価されることが、施設の職員に「気づき」を与えることになり、ここに外部評価の導入の意義があった。
  - (2) 再外部評価の得点の向上には、相互評価員研修においてユニットケアの評価基準を明確に示し、自施設で取り組むべき課題が明らかになったことが影響していた。
  - (3) 相互評価システムの実施により短期間で各施設の評価得点が有意に向上した。

以上の結果により、認知症高齢者の支援における基本である「人的環境」の強化を図るための効果的アプローチ方法として、上記 1～4 の手法を組み合わせ、職員の採用時から習熟までの段階的で継続的な人材教育とその評価の仕組みをつくることが重要であると

考えられた。人的環境の向上は、職員一人ひとりの資質で解決する問題ではなく、事業所の組織全体で検討すべきものであり、組織強化を図ることが認知症高齢者を支えるサービス提供に不可欠であり、物理的環境の向上や社会環境の向上のベースとなると考えられた。

## 参考文献

- 1) 社団法人全国老人保健施設協会，キャリアアップシステム導入のための雇用管理改善推進マニュアル，61-65，2010
- 2) 田辺毅彦，足立啓，田中千歳，大久保幸積，松原茂樹：特別養護老人ホームにおける環境意向が介護スタッフの心身に与える影響－バーンアウトとストレス対処調査－，日本認知症ケア学会誌 第4巻第1号，17-23，2005
- 3) 外山義：介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究，医療経済研究 Vol.11，76-77，2002
- 4) 土居加奈子，足立啓，児玉桂子，林田大作：従来型特別養護老人ホームにおけるケア環境づくりに関する実践的研究－和歌山県下におけるPEAPを活用した事例を通じて－，日本建築学会計画論文集 第620号，41-47，2007
- 5) 米本秀仁，大久保幸積，村上道隆，小林健一，幅三平：痴呆性老人等介護指導事業の現状と課題，高齢者問題研究 No.11，133-146，1995
- 6) 米本秀仁，林崎光弘，大久保幸積：痴呆性グループホームケアにおけるQOLの保障，高齢者問題研究 No.16，109-123，2000
- 7) 鈴木みずえ，桑野康一，下山久之，遠藤英俊：地域における認知症ケアマッピング（DCM）を用いた施設間相互評価の効果と課題，日本認知症ケア学会誌 第11巻第2号，563-575，2012
- 8) 桑野康一，鈴木みずえ，下山久之，遠藤英俊：地域における認知症ケアマッピング（DCM）を用いた施設間相互評価の有効性，看護研究 vol.46 No.7，700-712，2013
- 9) 田辺毅彦，足立啓，大久保幸積：特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討，老年社会科学 第27巻第3号，339-344，2005

## 第 4 章 物理的環境要因（施設環境）への アプローチ

---

## 第4章 物理的環境要因（施設環境）へのアプローチ

### 1. 本章の構成

本章では、第2章の「物理的環境」の課題である、施設整備の物理的環境の配慮についての知見が活かされていない、居住環境の向上には、入居者のプライベート空間には個別的な設えが可能であったが、共有する空間における高齢者自身が望む環境を明らかにし、その空間づくりの方法を提案する。改修や増築型のユニット型施設では限られたハード面の工夫によりユニットケアを展開するが、今後、新たにユニットケアに取り組む場合に、ユニット型施設の物理的環境の向上のための平面構成要素を明らかにすることで、既存や改修型の施設においても同様に、効果的に工夫することが可能となると考えられた。

これらの課題に対応すべくユニットケアを効果的に展開する個別支援のための方法を物理的環境面から支援することができないかと考えた。

2 節では、これまでの施設整備の物理的環境に関する知見を施設職員に調査し、工夫、配慮、課題等を分類し、まとめる。

3 節では、高齢者に施設の居住環境、特に共有空間であるリビングに求める環境要素を明らかにするために、意向調査を実施する。

4 節では、ユニットケア研修施設の選定評価を受けた施設の評価点と施設のハードにおける平面構成要素との関連性を検討するとともに、選定合格・不合格になった要因、相違点についての知見を得ることを目的として、ユニットケアの実施にあたり有効な施設環境を考える。（図 4-1-1）

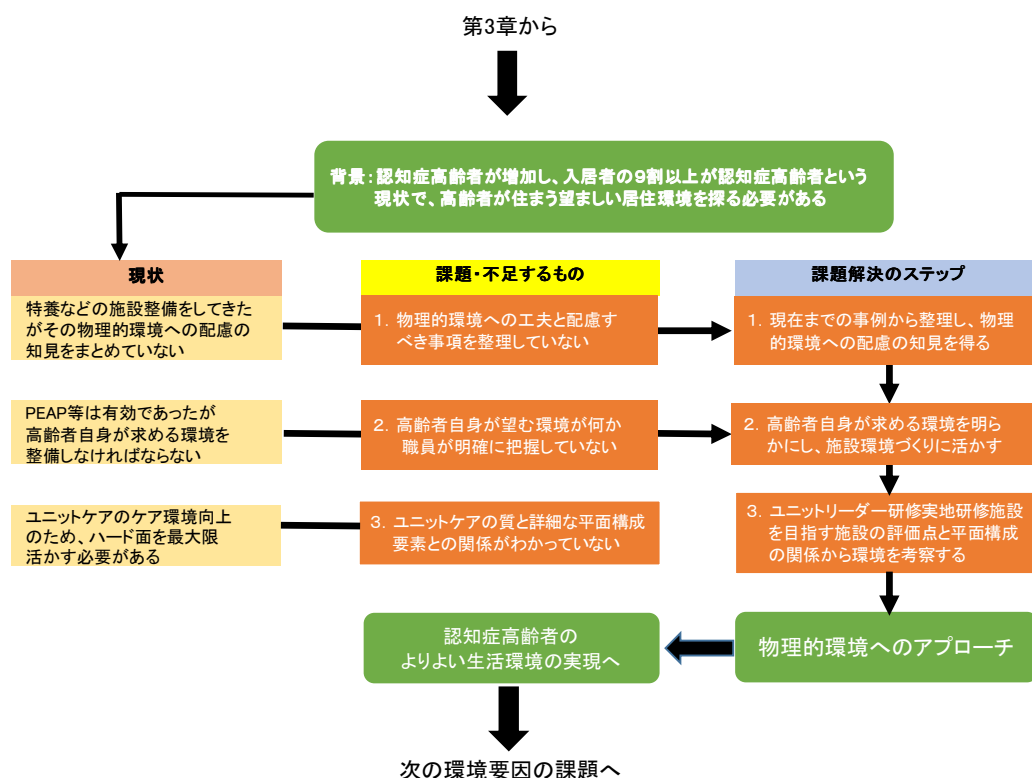


図 4-1-1 第4章のフロー

## 2. 施設居住環境向上への物理的配慮 ―新規事業所の環境整備―

### 2.1. 目的

これまで筆者および社会福祉法人Aは約 40 年の歴史のなかで、高齢者施設における居住環境の知見を培ってきた。具体的には既存の建物およびそこに配置する事物を、より暮らしやすい視点で整備、活用していく取り組みを重ねてきた。本節では、その知見に含まれている狙いや効果および課題について、新規事業所の環境を整備していくプロセスのなかで明らかになった知見を整理し、さらにより効果的で、より深い活用ができる知見を得ることを目的とする。

### 2.2. 研究方法

#### (1) 研究対象

本節では、筆者の法人Aにおいて 2013 年 4 月以降に、整備された 4 つの施設 a 施設（2013 年 5 月開設）、b 施設（2013 年 5 月開設）、c 施設（2014 年 4 月開設）、d 施設（2015 年 4 月開設）を研究対象とした。なお、a、b、c 施設は常時介護を必要とする高齢者が利用する特養、d 施設は認知症デイで、日常は自宅で生活する認知症の人が、施設に定期的に通い、日常生活上の世話や機能訓練を受ける施設である。

#### (2) 研究方法

博士課程在籍中に、建築計画の立案および建設に至った 4 施設に、研究の趣旨を説明し、建物の建築および居住環境を整備したプロセスや成果について調査を依頼した。調査の際は、キャプション評価表<sup>注1</sup>（図 4-2-1）に基づく写真を撮影してもらい、使用した。提出の際には、工夫や配慮を行った内容については「良いと思った」、課題としてとらえた内容について「悪いと思った」という分類をしてもらい、取りまとめをした。4 施設の概要を表 4-2-1 に、また建物の平面図を図 4-2-2 に示す。

キャプション評価表			
No.	施設種類	特養・老健・グループホーム・その他（ ）	
施設名	氏名		
撮影場所	撮影日時	平成	年 月 日
写真貼付			
●撮影した所について			
～の点（良いと思った） ・ 悪いと思った）			

図 4-2-1 キャプション評価表  
(和歌山大学足立研究室の書式を筆者が一部改編)

表 4-2-1 4 施設の概要

	a 施設	b 施設	c 施設	d 施設
種別	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	デイサービスセンター
利用定員	80 名	29 名	29 名	10 名／日
開設年月	2013 年 5 月	2013 年 5 月	2014 年 4 月	2015 年 4 月
建物概要	鉄筋 6 階建て	木造 2 階建て	木造 2 階建て	木造 1 階建て
延床面積	5749.68 m <sup>2</sup>	1662.09 m <sup>2</sup>	1367.39 m <sup>2</sup>	136.75 m <sup>2</sup>
建築種別	移転新築	新築	新築	民家改修型
特徴	・避難階段設置	・研修施設併設 ・宿泊型体験スペース	・職員住宅併設	・認知症カフェ <sup>注 2</sup> 併設

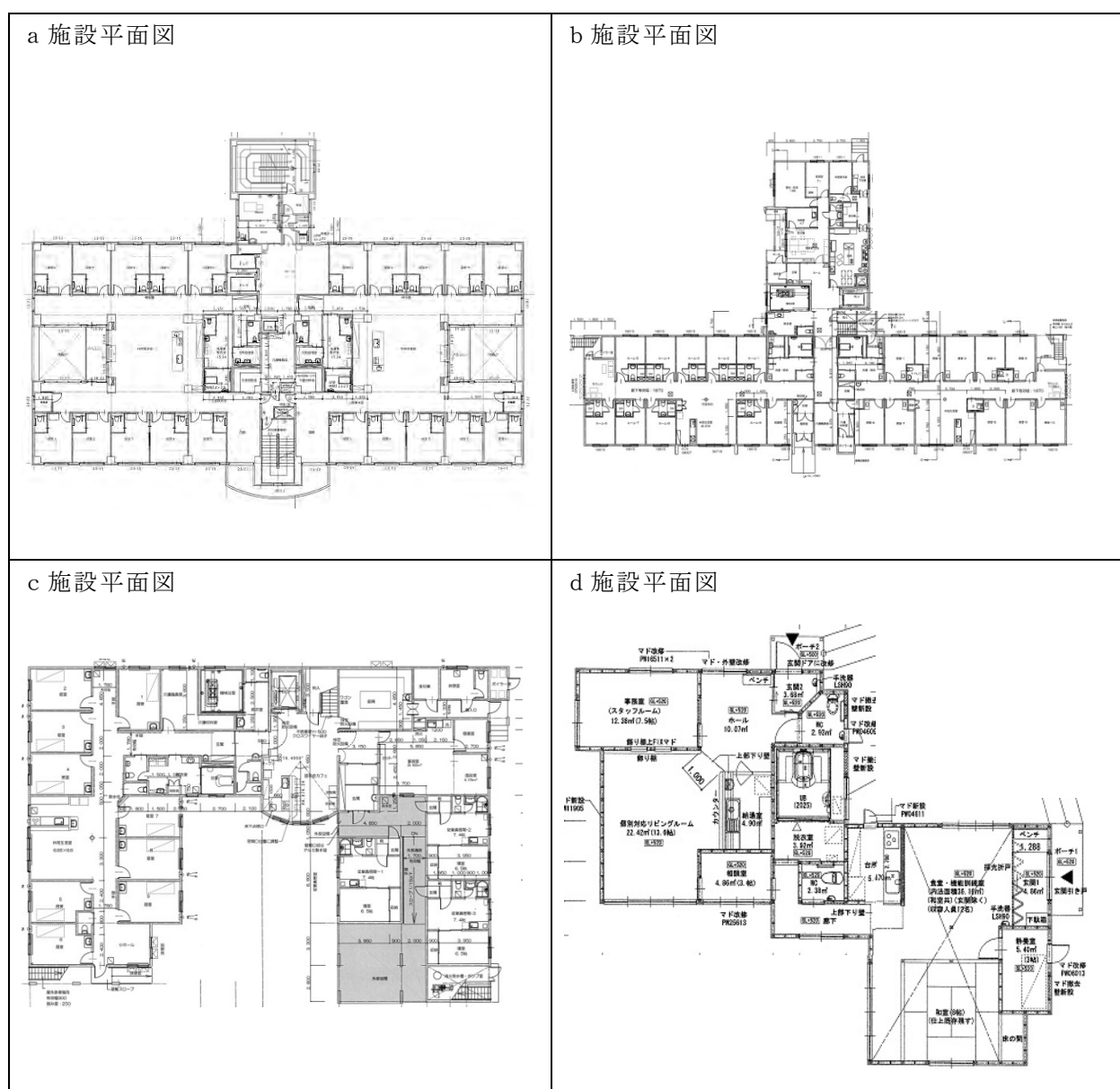


図 4-2-2 4 施設平面図（居住階を抜粋）



### (3) 倫理的配慮

調査にあたっては、特定の施設名は出さないことを説明し、社会福祉法人の長に了解を得た。

## 2.3. 結果

各施設で実際に適用された工夫や課題について施設ごとに分類したものを以下に示す。  
(表 4-2-2、表 4-2-3、表 4-2-4、表 4-2-5)

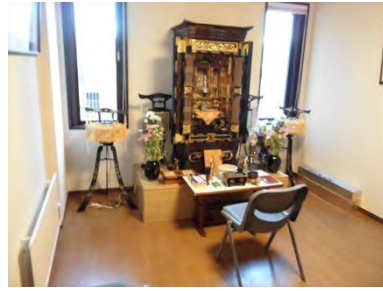
### (1) a 施設

この施設は、昭和 52 年に開設し、約 40 年の歴史を持つ。建物の老朽化により、津波危険区域内に建替を行った際には、東日本大震災の直後に建設の計画が立案されたこともあり、市町村の一時避難所として指定されるなど、災害への備えを考えた建物である。

表 4-2-2 a 施設におけるキャプション評価

良いと思った

		
メインリビング 開放的なメインリビングは、ダイニングとくつろぐスペースを分けてもゆったりとした配置がとれる	サブリビング 一般家庭をより意識した設えで茶の間を想定。こたつを囲んで会話が弾んだり、時には鍋を囲んだりを引き出す仕掛け	交流スペース ゆったりと一人になったり、気の合う仲間とお話したりできるスペース
		
地域交流スペース 地域住民も利用できる図書コーナーや喫茶コーナーも配置し、さまざまな用途へ対応可能	浴室 檜で作られた浴槽の香りがリラックス効果を高め、各入居者の入浴方法に合わせられる形式	避難用スロープ 災害時にエレベーター停止後も隣接階へ避難可能



**仏間**  
一人ひとりの習慣を大切にするための空間で、月に1回、僧侶による法話も実施



**売店**  
地域の商店と連携した品揃えで入居者や職員だけでなく、近隣住民も利用できる



**喫煙室**  
各階に2ヶ所に設置された喫煙場所。窓も配置され、くつろげる空間で会話も弾む



**ダストシュート**  
2階から5階までの各階に設置され、ゴミや汚物等をエレベーターや階段を使わずに1階まで運搬可能

悪いと思った



**施設正面玄関受付**  
受付の記名カウンターが高すぎて高齢の来訪者には使いづらい



**リビング**  
空間が広すぎて、歩行不安定な方は、伝い歩きがしづらい



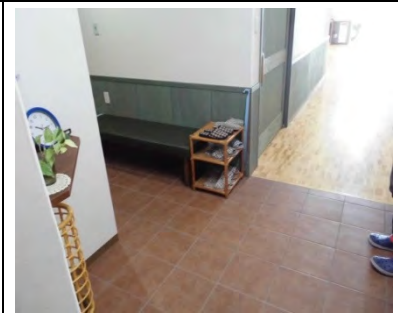
**施設玄関洗面台**  
洗面ボウルが小さく、荷物を置くスペースもなく、使いづらい



**入居者用洗面台**  
高さには配慮されているが、側面の壁が角ばっており、足をぶつけやすい





**脱衣場**  
入浴するまでのアプローチは距離があるが、手すりもなく、歩行が不安定な方には適さない



**ユニット玄関**  
高齢者が靴を履くスペースが狭く使いづらい



	
<p><b>居室扉</b> 引戸ではないため、車椅子の人が部屋から出るときに手を伸ばしてドアを開めるのに不便</p>	<p><b>テラス</b> 北側にあるため日光が入りづらく暗い印象である</p>

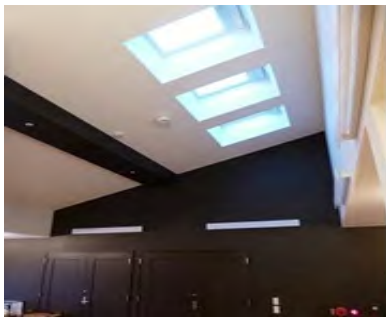
## (2) b 施設

この施設は、大きな湖に面した平地に位置し、背後には小高い山が迫る。湖側に開けた土地形状を生かして、建物の方向や窓のサイズなどに工夫して、外部とのつながりを意識した造りをベースに環境を作り込んだ。

表 4-2-3 b 施設におけるキャプション評価

良いと思った

		
<p><b>内階段</b> 大きな窓を配し、開放的な作り。職員が撮影した四季の写真を飾り、季節感あふれる空間として演出</p>	<p><b>交流スペース</b> 適度な広さをとり、違う階やフロアの人、外部の人とも交流できるスペース</p>	<p><b>交流スペース 2</b> 大きな窓からは外を歩きかう人々や、職員の姿も見られ、手を振る入居者もあり、外とのつながりが感じられる空間</p>
		
<p><b>リビング</b> 木のぬくもりが感じられる適度な広さのリビング</p>	<p><b>リビング 2</b> 大きな窓からは、一日中、日が入り、目の前の湖も一望できる</p>	<p><b>リビングー玄関 廊下</b> 上部の窓からは、自然な太陽光を採り入れられるよう設計</p>



交流スペース吹き抜け  
天井を高くとった開放的な空間で、天窓も配置され、自然の光はいる



ラウンジ  
椅子に座った状態の目線の高さまで窓を下げたことで湖畔の道を行き交う車などがみられる



特殊浴槽  
広々として開放的。日差しも入り、くつろいで入浴できる



一人用檜浴槽  
使用する方の身体状況に合わせて3方向から入れる工夫や浴槽の淵に溝を入れて握りやすくするなどの工夫がある



玄関周り  
訪れた方を温かく迎え入れる家庭的な設え



厨房入口  
周りとの調和に配慮し、鉄製の引戸ではなく、木製のドアを使用



研修室  
施設内だけでなく、同一法人および外部向けの研修も実施でき、職員の育成に活用



研修宿泊スペース  
外部の研修受講者の宿泊スペースにも交流用のリビングを設置して活用



喫煙室  
入居者と職員が合同で使用し、コミュニケーションが生まれやすい喫煙室



リフト  
厨房から上層階に食事を運搬する際に使用する食事専用エレベーター

悪いと思った

		
<p>共用トイレ出入口 開口幅が狭く、車椅子を操作する人の手が挟まれそうになる</p>	<p>トイレ内洗面台鏡 鏡の高さが高く、鏡に顔が映らない</p>	<p>キッチンカウンター カウンターが高すぎて車椅子の方には使いづらい</p>

(3) c 施設

この施設は、住宅街の中に位置し、近隣との交流をはかりやすい環境にある。管内の他事業所に先駆けて認知症カフェを併設している。立地は海に面した高台に位置し、風が強く吹き付けることも多く、特に冬期間は、外部での活動が制限される場合も考慮し、居住空間における快適性の確保を目指して、各所に工夫を凝らした。

表 4-2-4 c 施設におけるキャプション評価

良いと思った

		
<p>サブリビング 一人でも気の合う方とでも自由に過ごせる小リビング。窓を沢山配置し、入居者にも外の様子や季節、天気もわかりやすい</p>	<p>内階段踊り場 船の出入りや海の様子。また、夕日を眺めに来る入居者もあり、活動性向上にもつなげる</p>	<p>サブリビング2 一人でのんびりと過ごせ、且つ絶景も眺められる空間</p>
		
<p>メインサブリビング 廊下 照明とは異なる自然光による明るさと温かさを感じることが出来る廊下上部の窓からの採光</p>	<p>リビングー玄関 廊下 照明とは違い自然光による明るさと温かさを感じる事が出来る天井の天窓からの採光</p>	<p>居住空間の内玄関からの空間への配慮。奥行を確保し、死角も確保した構造</p>

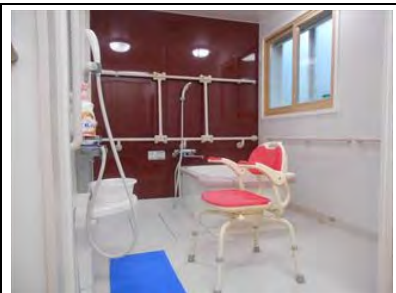




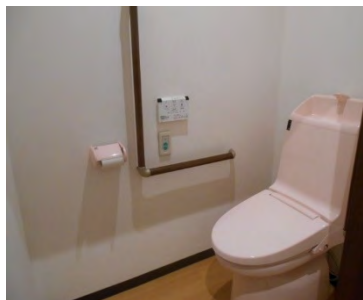
施設内カフェ  
地域の方々と交流しやすい施設内カフェ



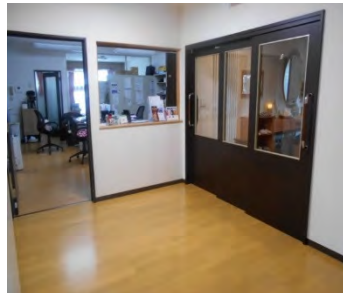
特殊浴槽  
広々として開放的。日差しも入り、くつろいで入浴できる



一人用浴槽  
使用する方の身体状況に合わせて3方向から入れる工夫



施設内トイレ  
使用し易い場所や高さに設置してあるペーパーホルダーやナースコール、トイレリモコン



スライド式の内ドア  
開け閉めしやすく、入口も広い



ミニキッチン  
車椅子の方でも手洗いや調理作業に参加できる高さに配慮

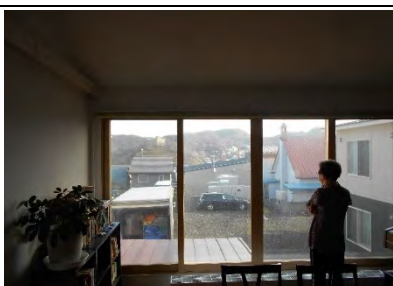


施設エントランス  
雨や雪にも濡れず、乗り降りしやすい軒下を確保

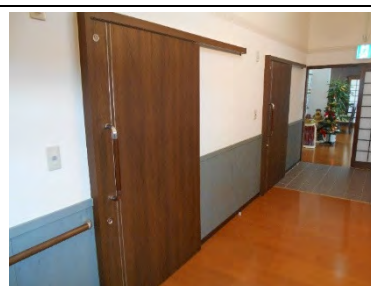


下駄箱  
収納力を増強した大きな下駄箱

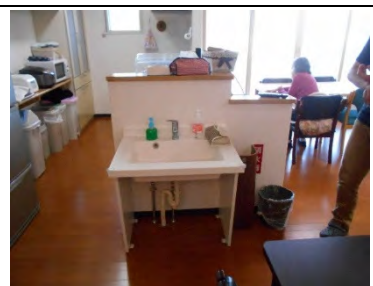
悪いと思った



リビング前のロールカーテン  
入居者が、手伝おうとしたが、操作が難しく閉められなかった



内玄関前のトイレ  
居室やリビングからの距離が長く、当初の想定ほどは活用されていない



補助キッチン  
背が低い方や車椅子の方が使用するのに物を置く平坦な部分が少なく使い勝手が悪い

 <p>各所の手すり 高齢者には若干高すぎる位置にある</p>	 <p>ナースコール受信盤 家庭的な空間のなかで違和感があり、目立つ</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### (4) d 施設

この施設は、地域における社会問題でもある空き家の活用を改修し、また地域に密着した認知症カフェを併設している。他の3施設が居住施設であるのに対し、生活のベースは自宅に置きながら、1日6時間程度を過ごす快適性が求められる。その間は食事、入浴、運動（機能訓練）、趣味活動（レクリエーション等）といった過ごし方を想定した居住環境づくりが、施設の物理的環境を整備していく中で、重要視される。

表 4-2-5 d 施設におけるキャプション評価

良いと思った

 <p>リビングと和室 高齢者に馴染み深い畳スペースを残し、リビングと連続した、より家庭的な空間づくり</p>	 <p>デイサービス・カフェ間通路 民家から改修の際に奥行きを感じさせるゆったりとした空間へ移行</p>	 <p>玄関内ベンチ 外から靴のまま入って来てゆっくり靴を履き替えることができる</p>
 <p>浴室 一人でゆっくりとお湯につかれ、障害があっても自立した入浴が可能な手すりの配置</p>	 <p>トイレ 車いすの方にも対応できる広さで白を基調とした清潔感あふれる設計</p>	 <p>玄関 入りやすさと温かみを兼ね備えた玄関まわり。立て看板により情報も開示</p>

悪いと思った



## 2.4. 考察とまとめ

本節では、筆者の法人Aにおいて、博士課程在籍中の3年間に建物を新設、または改修により高齢者等が使用する環境を新たに構築した建築物に適用された工夫や配慮といった知見を明らかにし、分類して、整理したものである。これまでも、先行研究により、同様の取り組みについて明らかにされてきているが、橘が指摘するように、生活が施設内で完結する傾向の強い特養においては、個室を拠点としながらも、施設の各自の生活を根付かせていくためには共用空間の環境の質こそが大きく役割を担う<sup>1)</sup>と述べており、今回も各施設の共用空間における環境の質の向上につながると各施設の職員が意図したもののなかから、筆者が客観的な視点で整理した。このような質の向上につながる取組みは、一定の成果をあげていることが考えられるが、本節では、意図したとおりの効果が得られているか、環境を提供する施設職員および環境で生活する利用者の意向等までは踏み込んで調査を行うことはできなかった。施設の物理的環境の影響をうける高齢者の意向の把握等については次節以降で明らかにしていきたいと考える。

注1 キャプション評価法：PEAPのステップ2で環境への課題をとらえて、目標を定めるために参加型で用いるツールで、評価する人がカメラを持って気になった箇所を撮影し、その写真をカードに貼り、評価する人が感じたことを自由に書き込んでカードを作成する手法。これを掲示し他の評価者と情報共有するなかで課題を抽出するために使用する。本節では課題だけでなく、工夫や効果も明らかにするために用いた。

注2 認知症カフェ：認知症の人と家族、地域住民、専門職の誰もが参加できる場で、厚生労働省が策定した「オレンジプラン（認知症施策推進5か年計画）」でも、認知症カフェの普及・推進が言及されている。認知症高齢者とその家族の地域での生活を支えるための支援のひとつ。しかし、実際は認知症カフェの実施内容や運営形態はさまざまで、どこまでを認知症カフェと呼ぶべきかという基準はない。



### 3. 高齢者の意向調査から考える施設環境の構成要素

#### 3.1. 目的

本節では、高齢者自身へのアンケートを実施することにより、高齢者施設において『家庭らしさ』＝『そこに長く住んでもよい』と考えるのに必要な要素（物品）の調査とその結果をもとに、高齢者施設の住環境についてさまざまな角度から分析、考察し、高齢者自身が望む環境要素である「物品」について評価を探り、今後、高齢者施設の職員が施設内のリビングに配置する物品を検討する際、介護者の視点ではなく、高齢者の目の高さ、高齢者の住まいとして設えるための視点<sup>2)</sup>で選択できるような参考資料を得ることを目的とする。

#### 3.2. 研究方法

##### (1) 研究対象

本節では、現在、「在宅で生活をしている人（以下、在宅者）」、「在宅で生活をしているが定期的に高齢者の通所系の事業所（デイサービスセンター、デイケアセンター）を利用している人（以下、通所利用者）」、そして既に「高齢者施設（養護老人ホーム、ケアハウス、特別養護老人ホーム、老人保健施設）に入居している人（以下、施設入居者）」、さらに入所施設、もしくは通所施設で勤務している介護職員を対象とした。

##### (2) 研究方法

「老人ホームの居間に関する要望の調査」と題してアンケート調査を実施し、長期に住んでもよいと思えるために、あらかじめ抽出した「物品」のなかより「必要な物品」と「不必要な物品」について聞き取り調査を実施した。環境要素となる「物品」の項目は『壁への装飾物』、『家具・インテリア』、『電化製品』、『置き物等の装飾物』、『趣味活動に関するもの』の5つの分野に分け、それぞれ、実際に置くことができる物、一般的に福祉施設のリビングに置いてある物を基準にして絞り込んだ結果、29の項目が抽出された。

抽出された「物品」は『壁への装飾物』として「1. 時計」、「2. カレンダー」、「3. 絵画」、「4. 写真」、「5. 書」、「6. 集合写真」、『家具・インテリア』として「7. ソファ」、「8. 食卓セット」、「9. 小上がり」、「10. 間仕切り」、「11. ピアノ」、『電化製品』として「12. ステレオ」、「13. ビデオ」、「14. テレビ」、「15. カラオケ」、「16. マッサージ機」、「17. 空気清浄機」、「18. パソコン」、「19. 電話」、「20. お茶セット」、『置き物等の装飾物』として「21. 生花」、「22. 造花」、「23. 観葉植物」、「24. ペット」、『趣味活動に関するもの』として「25. 手芸作品」、「26. 雑誌」、「27. 新聞」、「28. 書籍」、「29. ゲーム」となった。「物品」の名称については高齢者が理解しやすいように、できるだけ分かりやすい名称を使用した。例えば音楽鑑賞用の「CDラジカセ」や「オーディオ」を「ステレオ」とし、「DVDプレイヤー」等についての機器を「ビデオ」と表現した。「在宅者」に対しては、今後、在宅での生活が継続困難となり高齢者施設で生活しなければならなくなったという想定でアンケートに答えてもらった。また、あらかじめ高齢者施設のリビングのイメージを写真で示しアンケート調査を行なっ

た。（写真 4-3-1）アンケートの回答については、記述式ではなく、すべて選択式とし、回答者の負担を軽減するよう配慮した。



写真 4-3-1 高齢者施設のリビングのイメージ写真

アンケート調査の実施にあたって、「在宅者」については、地域の老人クラブ等の集會に研究員が出向き、調査の主旨を説明した上で、参加している人に対して行った。「通所利用者」、「施設入居者」については、職員の協力を得ながら、一緒にアンケート調査を実施した。

アンケート調査の内容（図 4-3-1）は、「Ⅰ.属性」、「Ⅱ.リビングに配置する物品（29 項目）」についてである。Ⅱについては 29 の項目のそれぞれの「物品」に対して、リビングに必要なか不必要かを設問し、「1. ぜひあったほうがいい」、「2. どちらかといえばあったほうがいい」、「3. どちらかといえばないほうがいい」、「4. ないほうがいい」の 4 つの選択肢のなかから選んでもらった。

また、それぞれの設問には写真 1～29 の写真を示した上でアンケートに答えてもらった。（表 4-3-1）

表 4-3-1 アンケート用紙（表）

1. 性別 ( 男性 ● 女性 ○ )

2. 年齢 ( 50代 ● 60代 ● 70代 ● 80代 ● 90代 )

3. 居住形態 ( 単独居住 ● 家族同居 ● 施設入居 )

4. 利用形態 ( 通所 ● 入居 )

5. 調査項目 ( 1. 時計 2. カレンダー 3. 絵画 4. 写真 5. 鏡 6. 集合写真 7. ソファ 8. (食卓セット) 9. (小上がり) 10. 腰掛け 11. ピアノ 12. ステレオ )

6. 1. 時計 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

7. 2. カレンダー ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

8. 3. 絵画 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

9. 4. 写真 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

10. 5. 鏡 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

11. 6. 集合写真 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

12. 7. ソファ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

13. 8. (食卓セット) ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

14. 9. (小上がり) ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

15. 10. 腰掛け ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

16. 11. ピアノ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

17. 12. ステレオ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

表 4-3-1 アンケート用紙（裏）

13. テレビ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

14. テレビ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

15. カラオケ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

16. ヨウチン ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

17. 卓球台 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

18. バッミ ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

19. 卓球 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

20. お風呂 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

21. 花壇 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

22. 庭 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

23. 緑化植物 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

24. ペット ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

25. 手芸作品 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

26. 雑誌 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

27. 新聞 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

28. 書籍 ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )


29. ゲーム ( 1. 必要 ( 2. 不要 ( 3. どちらか ( 4. どちらか ) ) ) )

図 4-3-1 アンケート用紙（表）

アンケート用紙（裏）

※詳細は付録資料参照

表 4-3-1 聞き取り調査に使用した写真一覧

			
写真 1 時計	写真 2 カレンダー	写真 3 絵画	写真 4 写真
			
写真 5 書	写真 6 集合写真	写真 7 ソファ	写真 8 食卓セット
			
写真 9 小上がり	写真 10 間仕切り	写真 11 ピアノ	写真 12 ステレオ
			
写真 13 ビデオ	写真 14 テレビ	写真 15 カラオケ	写真 16 マッサージ機
			
写真 17 空気清浄機	写真 18 パソコン	写真 19 電話	写真 20 お茶セット
			
写真 21 生花	写真 22 造花	写真 23 観葉植物	写真 24 ペット
			
写真 25 手芸作品	写真 26 雑誌	写真 27 新聞	写真 28 書籍
			
写真 29 ゲーム			

調査に先立ち、老人クラブの集会に集まった 50 人を対象にプレアンケートを行った。説明者 1 人で 1 度に全員を対象に行った。

プレアンケートの結果により、以下のような考慮すべき点が出てきた。

- 1)当初は、リビングと居室の比較をするために、それぞれについて 29 項目の設問を行ったが、所要時間が 30 分程かかり、回答者には相当な負担になっている様子があった。
- 2)1 人の説明者で 50 人を対象に行ったため、設問の主旨がうまく伝わらず、すべての設問 4,021 項目中 611 項目（19.5%）が無回答であった。
- 3)プロジェクターを通してスクリーンに項目ごとの写真を写したが、後方の人から写真が見づらいとの声があった。

以上のプレアンケートの結果をふまえ、アンケート調査については、回答者の負担を考慮し、リビングのみの調査とした。また調査の対象者は 1 度に 10 名以下の少人数とし、できるだけ設問の主旨が伝わるよう配慮した。項目ごとの写真を示す方法としては、プロジェクターやテレビのモニターを使用する他に、写真ファイルも使用し、回答者が手元でも見るようにした。

### （3）倫理的配慮

対象者には、統計上のデータであり個人の情報は出ないことを説明し同意を得た。また事業所の施設長・老人クラブの会長等には趣旨を説明し書面で了解を得た。

## 3.3. 結果

アンケート調査をした結果、「在宅者」120 名、「通所利用者」63 名、「施設入居者」28 名、合計 211 名の高齢者より調査の回答を得た。属性を表 4-3-2 に示す。また、比較対象として介護職員 77 名から回答を得た（表 4-3-3）。

表 4-3-2 アンケートの属性別の回答人数（高齢者）

在宅者	年代	男性	女性	不明	計
	50 歳代	8	6	0	14
	60 歳代	3	7	0	10
	70 歳代	4	25	1	30
	80 歳代	8	40	0	48
	90 歳代	6	8	0	14
	不明	0	1	3	4
	計	29	87	4	120
通所利用者	年代	男性	女性	不明	計
	50 歳代	1	0	0	14
	60 歳代	4	2	0	10
	70 歳代	5	5	0	30
	80 歳代	8	26	0	34
	90 歳代	3	9	0	12
	計	21	42	0	63
施設入居者	年代	男性	女性	不明	計
	50 歳代	0	0	0	0
	60 歳代	0	0	0	0
	70 歳代	1	3	0	4
	80 歳代	7	14	0	21
	90 歳代	0	3	0	3
	不明	0	0	0	0
	計	8	20	0	28
	合計	58	149	4	211

表 4-3-3 アンケートの属性別の回答人数（職員）

職員	年代	男性	女性	不明	計
	10 歳代	1	0	0	1
	20 歳代	17	10	0	27
	30 歳代	3	9	0	12
	40 歳代	4	16	0	20
	50 歳代	3	9	0	12
	60 歳代	1	4	0	5
	計	29	48	0	77

集計は単純な合計点数とし、「1. ぜひあったほうがいい」＝4 点、「2. どちらかといえばあったほうがいい」＝3 点、「3. どちらかといえばないほうがいい」＝2 点、「4. ないほうがいい」＝1 点、無回答＝0 点という配点から合計点数が高いほど、要望度が高く、合計点数が低いほど要望度が低いというように判断した。また属性や年代別に比較するために総得点における点数の割合を品目毎に算出し、割合が高い順にグラフ化した(図 4-3-2)。また表 4-3-4 は要望度の高低に関して順に表したものである。

要望度が高かった物品は「テレビ」、「時計」、「カレンダー」、「ソファー」、「新聞」の順位であった。また要望度が低かった物品は「パソコン」、「ピアノ」、「ペット」、「造花」、「間仕切り」の順位であった。

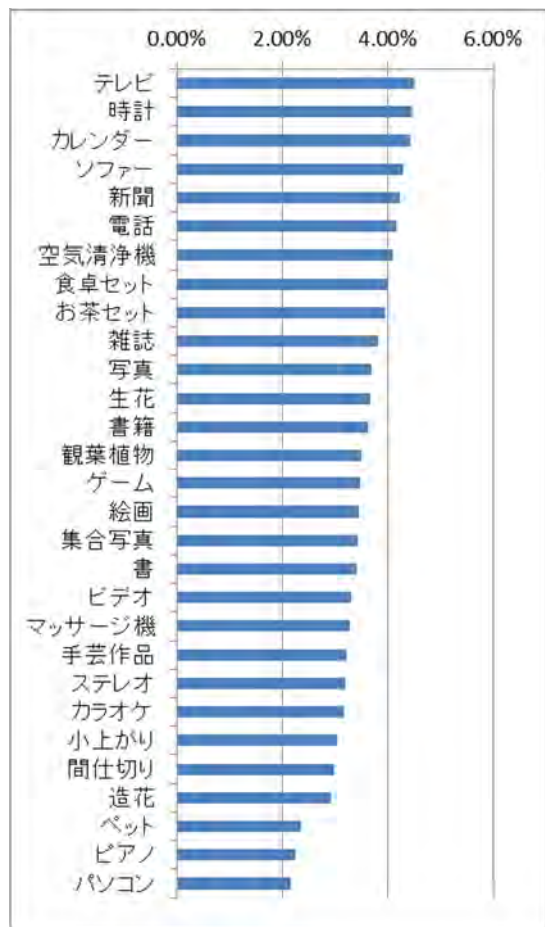


図 4-3-2 高齢者の要望度

表 4-3-4 要望度の高低に関する順位

順位	要望度が高かった順位	要望度が低かった順位
1位	テレビ (798点)	パソコン (385点)
2位	時計 (792点)	ピアノ (398点)
3位	カレンダー (784点)	ペット (419点)
4位	ソファ (760点)	造花 (518点)
5位	新聞 (749点)	間仕切り (528点)
6位	電話 (739点)	小上がり (540点)
7位	空気清浄機 (727点)	カラオケ (563点)
8位	食卓セット (705点)	ステレオ (564点)
9位	お茶セット (698点)	手芸作品 (569点)
10位	雑誌 (677点)	マッサージ機 (582点)

### 3.4. 考察とまとめ

#### (1) 考察

高齢者の属性別の結果比較と高齢者と介護職員との結果比較について考察する。

##### 1) 高齢者の集計結果より

「テレビ」「ソファ」「時計」「カレンダー」等、自宅のリビングで日常的に使用されていた物品の点数は高く、施設のリビングにおいても同様に必要と感じていると思われる。また、「パソコン」「ピアノ」「ペット」「手芸作品」「カラオケ」「マッサージ機」等、個人の趣向が反映される物の順位に低い傾向が見られた。植物では「生花」や「観葉植物」に比べて「造花」の点数が低く、その差も大きく見られた。

読物では「新聞」「雑誌」「書籍」のなかでは「新聞」の点数が高かった。さらに「新聞」の他「電話」の点数も6位と高く、施設に入居しても、情報やコミュニケーション手段を確保したいとの表れであると推測され、第3章第2節でも「こだわり」としてあげられた情報取得への要望が裏付ける結果であった。

また、電化製品の「空気清浄機」の点数が7位と高かったことは、施設入居後も健康な環境に対して意識が高い表れであると思われる。ただし、高齢者に癒しの効果があると思われた、金魚や小鳥等の「ペット」の点数が予想以上に低かったのは意外であった。



## 2) 男女別の要望度の比較による考察 (図 4-3-3、図 4-3-4)

「男性」、「女性」共に「テレビ」、「時計」、「カレンダー」の点数が高く、「ペット」、「パソコン」、「ピアノ」の点数が低く、全体の集計とほぼ同じ結果となった。違いとしては、「新聞」の点数は「女性」が6番目に対し「男性」は2番目と高い結果であった。比較的に「男性」が好むと思われる「ゲーム」、「ビデオ」、「ステレオ」については予想通り「男性」の点数が高く、比較的に「女性が」好むと思われる「生花」「観葉植物」「手芸作品」についてはこちらも予想通り「女性」の点数が高い結果であった。

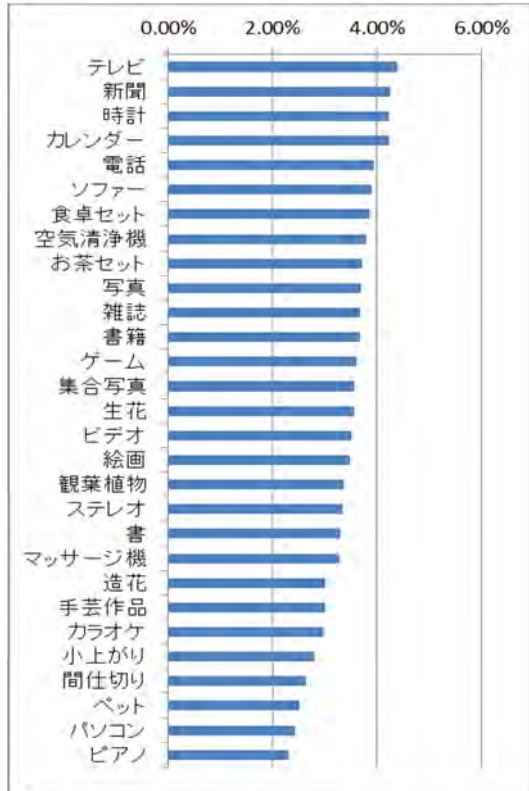


図 4-3-3 男性の要望度

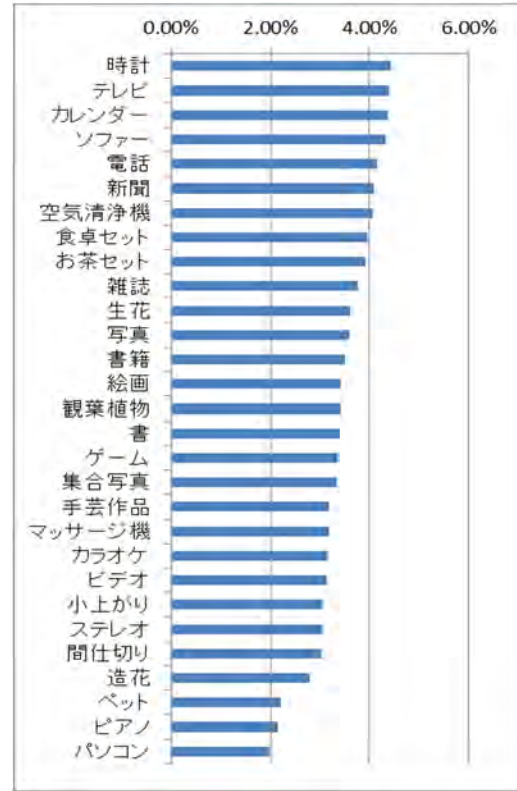


図 4-3-4 女性の要望度

## 3) 高齢者の居住環境別の考察 (図 4-3-5、図 4-3-6、図 4-3-7)

要望度の上位3品目と下位3品目については、順位に違いはあるが、全体の集計と同じ結果であった。

一般的に高齢者が好むと思われた「マッサージ機」の点数については「在宅者」が一番高く、次に「通所利用者」、「施設入居者」の順となっており、高齢者の身体の状態等により使用できる方が「施設入居者」では少ないためだと推測される。また「カラオケ」については「通所利用者」「施設入居者」に比べ「在宅者」の点数が特に低い結果であった。おそらく「通所利用者」「施設入居者」は施設を利用することにより、「カラオケ」を楽しむ機会が日常的に増え、興味を持ったためと考えられる。

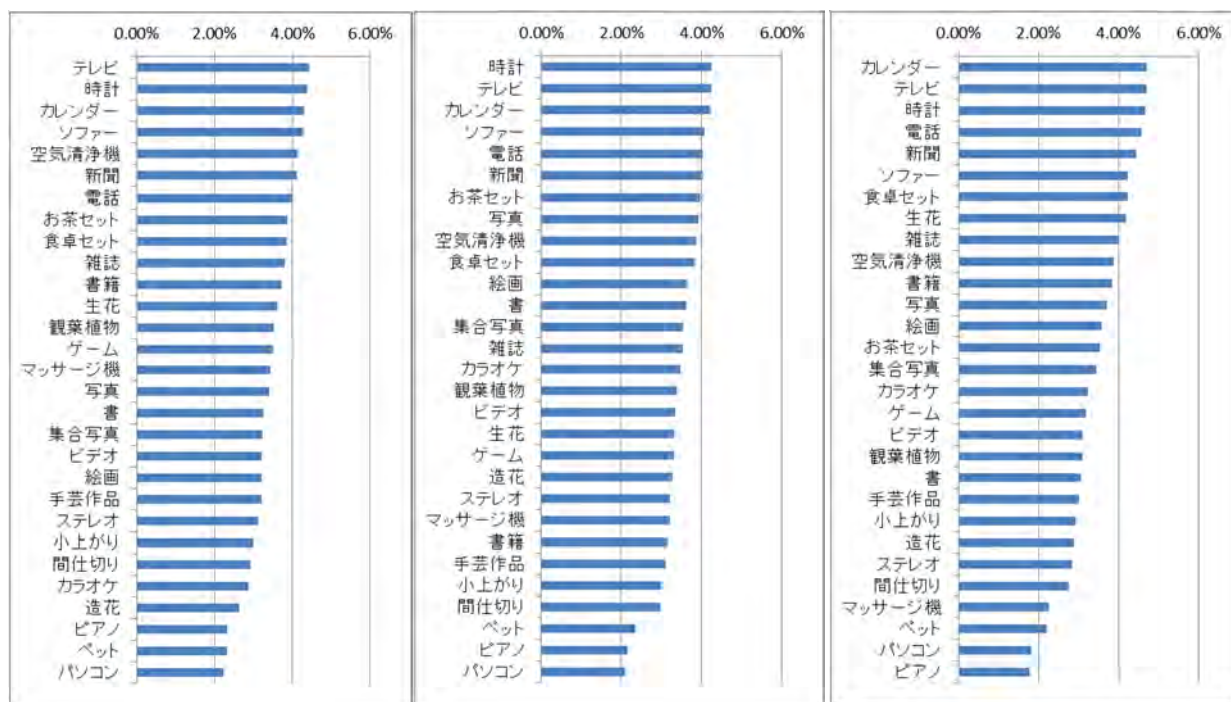


図 4-3-5 在宅者の要望度

図 4-3-6 通所利用者の要望度

図 4-3-7 施設入居者の要望度

#### 4) 高齢者の年代別の考察 (図 4-3-8、図 4-3-9、図 4-3-10、図 4-3-11、図 4-3-12)

「50 歳代」から「90 歳代」までを比較した。60 歳代から 90 歳代まででは、アンケート結果に特に大きな違いは見られなかったが、「50 歳代」に違いが見られた。

全体では最下位と点数が低かった「パソコン」が 18 位となり、「ビデオ」も 9 位と点数が高く、「空気清浄機」が 1 位という結果であった。しかし、リビングに置く「電話」については点数が低く、その理由としては「携帯電話」を使用している人が多いためだと思われる。また、「間仕切り」が 12 位と他の年代に比べ、点数が高いのは、プライバシーに対する意識が高いのではないかと推測され、生活様式や嗜好の違いが、調査結果に表れたと思われる。



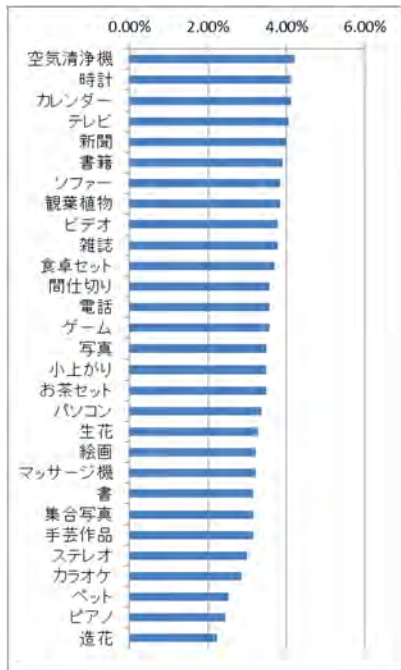


図 4-3-8 50 歳代の要望度

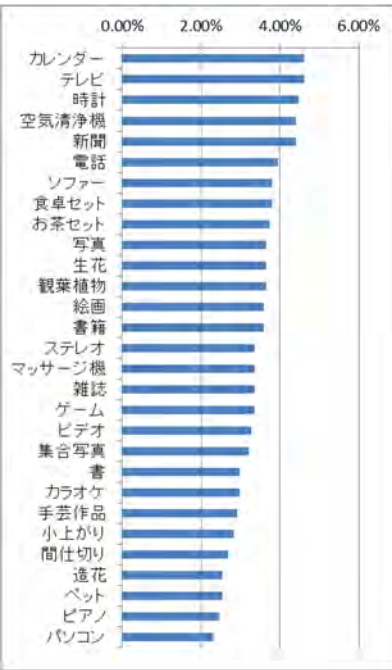


図 4-3-9 60 歳代の要望度

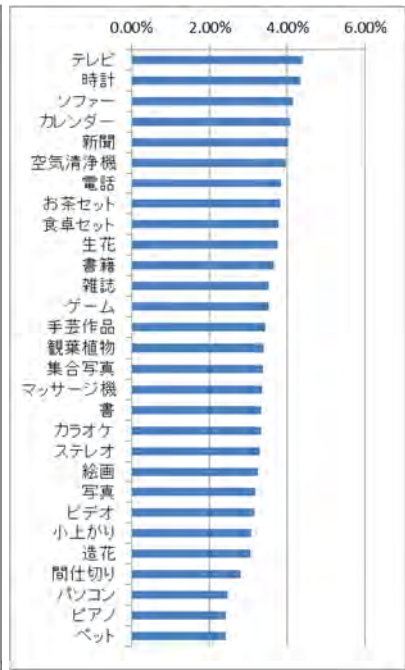


図 4-3-10 70 歳代の要望度

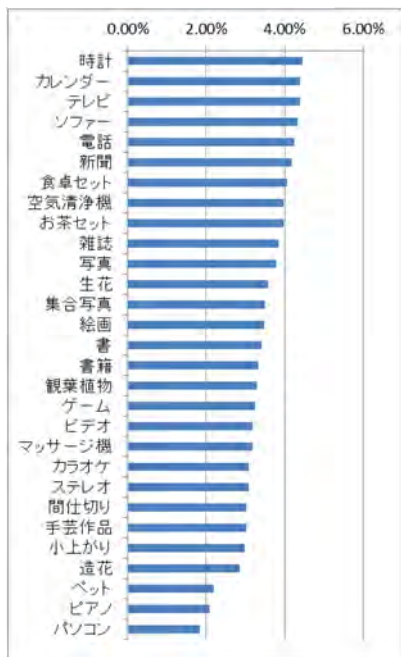


図 4-3-11 80 歳代の要望度

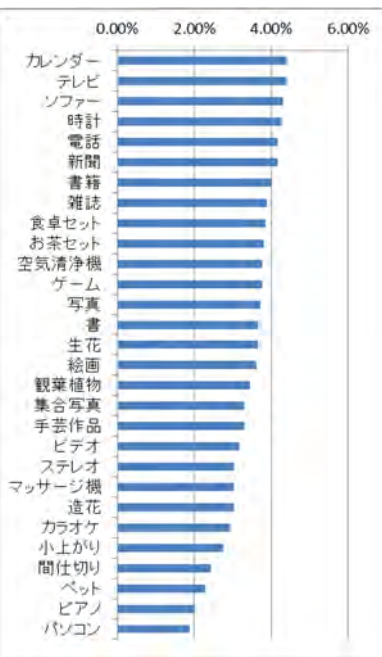


図 4-3-12 90 歳代の要望度

#### 5) 高齢者と介護職員との比較による考察

「高齢者」に要望度が高かった上位の「物品」については、「介護職員」もほぼ同様の結果となったが、特徴的な部分としては「高齢者」の要望度が低かった最下位の「パソコン」が 15 位で、「ビデオ」や「ステレオ」などの家電製品も点数が高く、年齢が下がることによる生活様式の変化による嗜好の違いがうかがえる。（図 4-3-13）

年代別の集計結果からも、「職員」と「50 歳代」のアンケート結果が類似しているこ

とでも証明されると考えられる。

「間仕切り」は高齢者が 25 位に対して 13 位となり、プライバシーへの配慮によるものであり、「職員」の職業的倫理と個人としての意向が反映された結果と推察された。ただ「小上がり」については、「高齢者」、「職員」ともに、要望度は低かったが、施設を改修する際に畳スペースを追加することによって、高齢者同士の会話数が増加し、滞在時間も長くなった<sup>3)</sup>との「小上がり」を用意することの有効性を示した先行研究とは相反する結果もみられた。このことは、「高齢者」、「職員」ともに物品がもたらす影響を明確に把握している訳ではないことを示しているといえる。

また、「職員」と比較して全体的に「高齢者」は「観葉植物」や「生花」、「絵画」や「書」、「写真」類など見て楽しむものが上位にあることも特徴的である。特に注目すべき点としては「造花」、「手芸作品」、「集合写真」に対しての「職員」の要望度が低く、「高齢者」のアンケートにおいてもこれらの物は低い結果であった。これらのことから、施設としてはリビングを華やかにしたり、家庭的な雰囲気にしたりするために安易に配置しがちなものについても、本当に要望に沿ったものかどうか、十分留意しなければならないことがうかがえた。

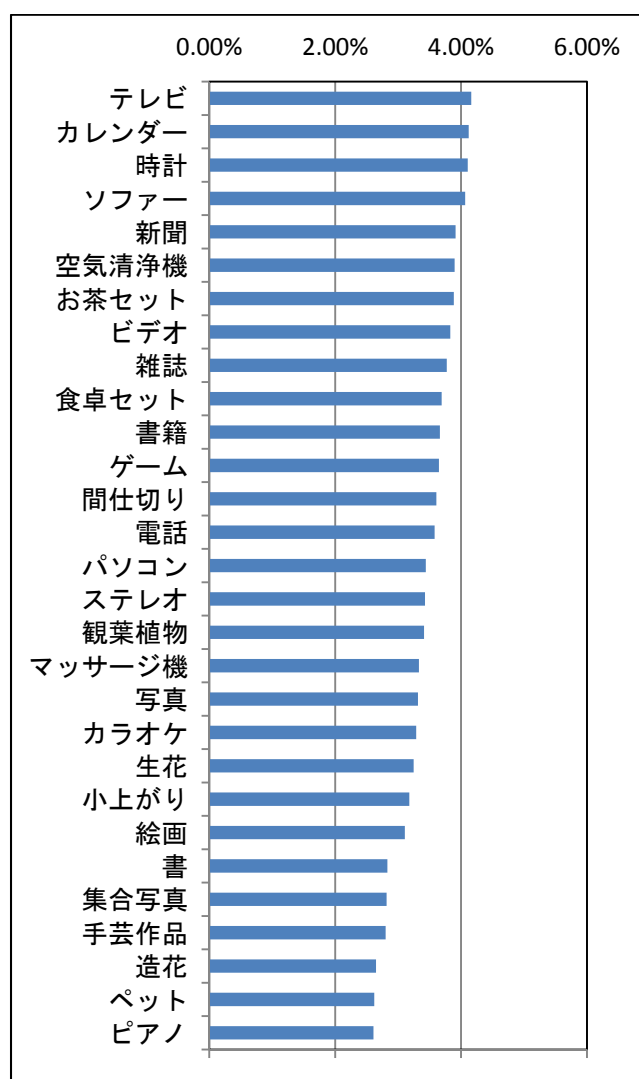


図 4-3-13 介護職員の要望度

## (2) まとめ

調査の結果、施設、または職員が「家庭らしさ」を考え「良かれ」と思い置いているもので、高齢者がそれほど望まない物品があることがわかった。(図 4-3-14) これらのことから、リビングの環境を整える際には、利用者への説明や同意が不可欠であり、説明が理解できない、または同意を得ることが難しい認知症高齢者が多い施設の住環境では、物品の導入には慎重に検討して配置すべきであろうことが考察された。そのため横山らが指摘したように、生活空間も個別の生活習慣などの把握に応じて、ハード面をプランニングしていく必要がある<sup>4)</sup>といえる。

今後はさらに「実際に使用する物品」と「装飾やインテリア等の物品」との要望度の比較を行ったり、具体的な要望の意向を知るために、それぞれの「物品」の必要性の有無の理由について聞き取り調査を行ったりすることも、高齢者の意向に沿った施設環境を整える上で重要だと考えられる。また、高齢者施設に配置するこれらの「物品」については「安全性」や「衛生の保持」、「耐久性」等についても十分留意して配置することを前提としなければならない。

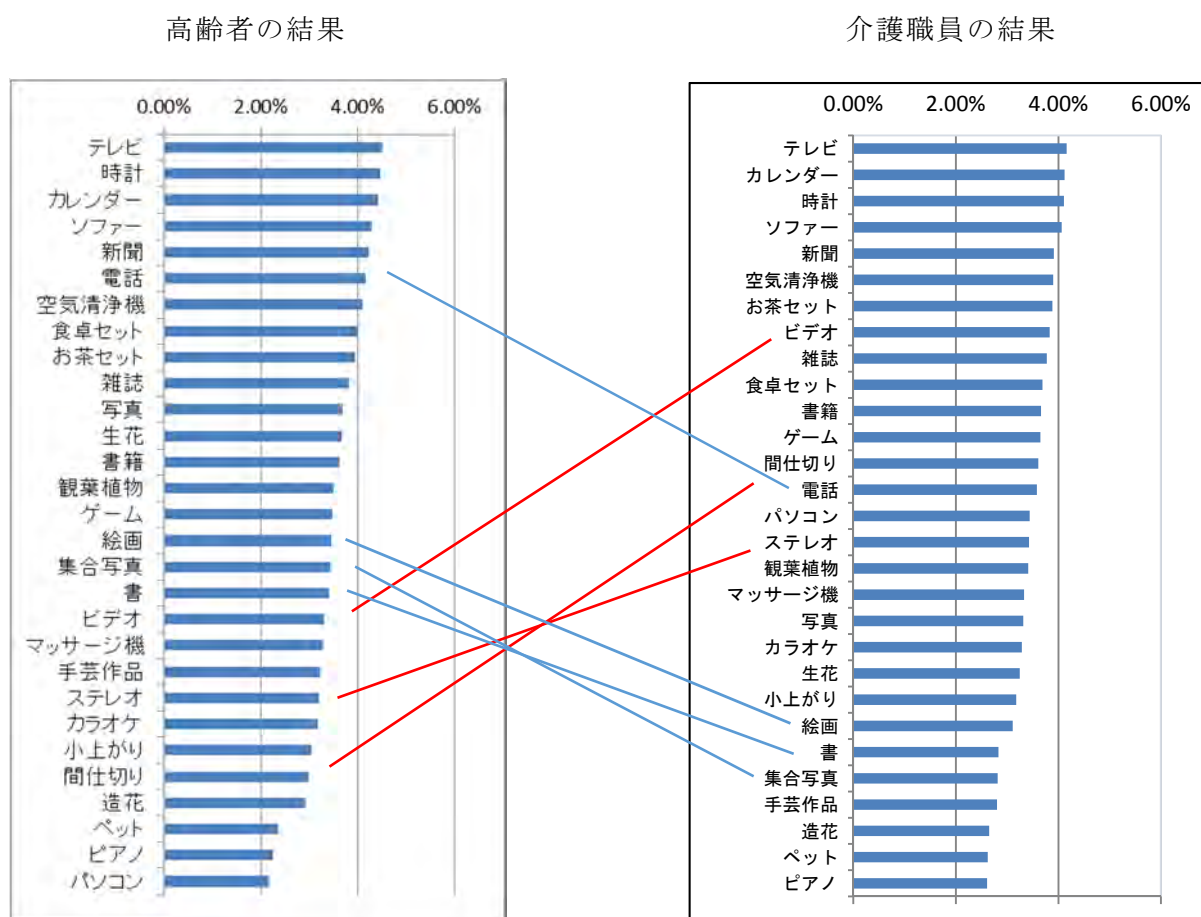


図 4-3-14 高齢者と介護職員の要望度比較

## 4. ユニット型施設の平面構成と評価の関係

### 4.1. 目的

本節の目的は、ユニットケア研修施設と同等の調査により評価を受けた施設の評価点と施設のハードにおける平面構成要素との関連性を検討すること、また全国の施設と合格施設7施設をハード面から比較した場合の相違点と評価との関連性についての知見を得ること、そしてその知見を今後、整備されていくユニット型施設の運営者等が活用できるようなデータとして整備することである。

### 4.2. 研究方法

#### (1) 研究対象

調査対象は研究への協力に承諾を得られたA県内の特別養護老人ホーム9施設である。調査期間は2012年12月から2013年11月の期間で実施した。これらの施設は厚生労働省がユニットリーダー研修実地研修施設を選定する際の調査と同等の調査へ参加した。

#### (2) 研究方法

本研究では、以下の評価ツールによる選定評価点および設備面の配慮の評価点(以下、設備評価点)と各平面構成要素との関係性について、平均値比較(t検定)、クロス集計(カイ2乗検定)を利用して統計的分析を行う。

本節では、厚生労働省の調査票でユニットケア研修施設の認定に必要な70点を最低限の点数としてユニットケアの質を担保するものとしている。すなわち、この70点を下回った場合は、ユニットケアの理念について十分に理解しているとはいえない。本研究でも、この70点以上を合格施設、70点未満を不合格施設としている。

#### 1) 評価ツール

評価ツールは、厚生労働省が定める調査票の50項目を基に、ケア内容を詳細に評価するために296項目に細分化したものである。この調査票は下記A～E5つのカテゴリから構成されており、それぞれのカテゴリ配点の合計で100点満点となる。

カテゴリA 設備面への配慮(項目数 43) 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている(配点 16点)

カテゴリB 取り組み体制(項目数 67) 個別ケアの継続性を保てるよう、情報共有の仕組みづくりや職員配置、職員教育を行っている。(配点 26点)

カテゴリC 個別ケアの実践(項目数 116) 施設の理念の共有のもと、一人ひとりを尊重し、生活リズムに沿った個別ケアを実践している。(配点 34点)

カテゴリD 研修設備(項目数 16) リーダー研修の実施の際に、設備的な支障がない。(配点 8点)

カテゴリE 研修受入に前向き(項目数 54) 職員全体がユニットリーダー研修受入に積極的に取り組んでいる。(配点 16点)

## 2) 平面構成要素

本研究では、9 施設の平面図から評価ツールのカテゴリ A には含まれない以下のものを分析指標として読みとり、基礎データを作った（表 4-4-1）。これらを平面構成要素と規定する。

【ユニット平面類型】 施設内のユニットをリビングの形と居室の位置関係で分けたもの。

本研究ではすべての居室入口からリビングの一角でも見えるものを「ホール型」、一部屋でも見えなければ「廊下型」と規定する。

【居室面積】 居室ひとつの面積。

【リビング面積】 ユニット内の廊下の面積を含むリビングの面積。

【ユニット面積】 居室、リビング、トイレ等を含むユニット全体面積。

【可視率】 ユニット内のキッチンから居室の入り口が見える割合。

【トイレ箇所数】 ユニット内にあるトイレの箇所数。

【居室・トイレ間距離】 ここでは居室の入り口から最も近いトイレまでの距離（ユニット内で最も長い距離を選択）。個室トイレの距離は 0m とする。

【キッチン種類】 壁向式と対面式の 2 種類に分類。

表 4-4-1 平面構成要素の基礎データ（P = 合格、F = 不合格）

No.	ユニット平面類型	ユニット人数 (名)	居室面積 (㎡)	リビング面積 (㎡)	ユニット面積 (㎡)	可視率 (%)	トイレ箇所数	居室・トイレ間距離 (m)	キッチン種類	選定評価点	設備評価点
P 1	廊下	10	16.00	109.36	275.24	80	11	0.0	壁向	89.5	14.0
P 2	ホール	10	16.17	84.00	306.00	100	3	11.1	対面	85.0	13.0
P 3	ホール	10	18.00	106.59	331.84	100	11	0.0	対面	78.5	11.0
P 4	ホール	10	16.36	150.51	444.76	100	12	0.0	対面	73.0	9.0
P 5	廊下	10	15.45	82.77	242.76	20	3	5.0	対面	71.5	9.0
P 6	廊下	10	15.84	92.20	365.27	50	5	8.8	対面	74.5	8.0
P 7	ホール	10	15.36	86.76	268.80	100	3	11.5	対面	71.0	10.0
平均		10	16.20	100.47	326.57	78	6.2	6.07		75.6	10.6
F 1	廊下	10	13.05	88.87	241.18	44	1	24.6	壁向	66.0	10.0
F 2	廊下	10	17.96	116.55	323.85	60	11	0	対面	59.0	8.0
平均		10	15.51	102.71	282.52	80	6.0	12.29		62.5	9.0

## 4.3. 結果と考察

(1) 平面構成要素からみた選定評価点の傾向

1) 居室面積×選定評価点

- ・居室面積 $\bar{X} = (16.02 \pm 1.48) \text{ m}^2$  (Max. 18.00  $\text{m}^2$  Min. 13.05  $\text{m}^2$ )
- ・合格施設 (7 施設) の居室面積 $\bar{X} = (16.169 \pm 0.89) \text{ m}^2$
- ・不合格施設 (2 施設) の居室面積 $\bar{X} = (15.505 \pm 3.47) \text{ m}^2$

居室面積の平均は 16.02  $\text{m}^2$ , 最大 18.00  $\text{m}^2$ , 最小 13.05  $\text{m}^2$  であった。

合格施設と不合格施設で居室面積の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかつ

た。(P=0.83[-])

## 2) 共同生活室面積×選定評価点

- ・共同生活室面積 $\bar{X} = (101.96 \pm 21.89) \text{ m}^2$  (Max. 150.51  $\text{m}^2$  Min. 84.00  $\text{m}^2$ )
- ・合格施設(7施設)の共同生活室面積 $\bar{X} = (101.74 \pm 23.98) \text{ m}^2$
- ・不合格施設(2施設)の共同生活室面積 $\bar{X} = (102.71 \pm 19.57) \text{ m}^2$

共同生活室面積の平均は 101.96  $\text{m}^2$ 、最大 150.51  $\text{m}^2$ 、最小 82.77  $\text{m}^2$  とバラつきが大きい  
が、不合格施設と合格施設では共同生活室面積の平均値はほとんど変わらなかった。

合格施設と不合格施設で共同生活室面積の平均値比較を行った結果、有意差はみられ  
なかった。(P=0.96[-])

この結果は小規模な環境が、スタッフ同士、スタッフと入居者の距離を縮めた結果、  
スタッフがより声を掛けやすい環境となった可能性に言及した研究<sup>5)</sup>との関連性は明らか  
にできなかった。

## 3) ユニット面積×選定評価点

- ・ユニット面積 $\bar{X} = (311.08 \pm 65.24) \text{ m}^2$  (Max. 444.76  $\text{m}^2$  Min. 241.18  $\text{m}^2$ )
- ・合格施設(7施設)の共同生活室面積 $\bar{X} = (319.24 \pm 68.97) \text{ m}^2$
- ・不合格施設(2施設)の共同生活室面積 $\bar{X} = (282.52 \pm 58.46) \text{ m}^2$

ユニット面積平均は 311.08  $\text{m}^2$ 、最大 444.76  $\text{m}^2$ 、最小 241.18  $\text{m}^2$  であった。

合格施設と不合格施設でユニット面積の平均値比較を行った結果、有意差はみられな  
かった。(P=0.53[-])

## 4) 可視率×選定評価点

- ・可視率 $\bar{X} = (72.67 \pm 30.23) \%$  (Max. 100% Min. 20%)
- ・合格施設(7施設)の可視率 $\bar{X} = (78.57 \pm 31.848) \%$
- ・不合格施設(2施設)の可視率 $\bar{X} = (52.00 \pm 11.314) \%$

可視率平均は 72.67%、最大 100%、最小 20% であった。

合格施設と不合格施設で可視率の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。  
(P=0.12[-])、この結果からは、先行研究による職員は集まりに参加していなくても視野  
内に滞在し、視覚的に関わることも重要という結果<sup>6)</sup>との関連性は明らかにできなかった。

## 5) トイレ箇所数×選定評価点

- ・トイレ箇所数 $\bar{X} = (6.67 \pm 4.47) \text{ 箇所}$  (Max. 12 箇所 Min. 1 箇所)
- ・合格施設(7施設)のトイレ箇所数 $\bar{X} = (6.86 \pm 4.26) \text{ 箇所}$
- ・不合格施設(2施設)のトイレ箇所数 $\bar{X} = (6.00 \pm 7.07) \text{ 箇所}$

トイレ箇所数の平均は 6.67 箇所、最大 12 箇所、最小 1 箇所であった。

合格施設と不合格施設のトイレ箇所数の平均値比較を行った結果、有意差はみられな  
かった。(P=0.89[-])

6) 居室・トイレ間距離×選定評価点

- ・居室・トイレ間距離 $\bar{X} = (6.78 \pm 8.28) \text{ m}$  (Max. 24.58m Min. 0.00m)
- ・合格施設(7施設)の居室・トイレ間距離 $\bar{X} = (5.20 \pm 5.30) \text{ m}$
- ・不合格施設(2施設)の居室・トイレ間距離 $\bar{X} = (12.29 \pm 17.38) \text{ m}$

居室・トイレ間距離の平均は 6.78m、最大 24.58m、最小 0m であった。

合格施設と不合格施設の居室・トイレ間距離の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。(P=0.67[-])

7) キッチン種類×選定評価点(表 4-4-2)

- ・対面式(7施設)の選定評価点 $\bar{X} = (73.21 \pm 7.94) \text{ 点}$
- ・壁向式(2施設)の選定評価点 $\bar{X} = (77.75 \pm 16.62) \text{ 点}$

キッチン種類別に選定評価点の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。

(P=0.77[-])

表 4-4-2 キッチン種類別に見た選定評価点

	合格(70点以上)	不合格(70点未満)	計
対面式	6(85.7%)	1(14.3%)	7(100.0%)
壁向式	1(50.0%)	1(50.0%)	2(100.0%)
計	7(77.8%)	2(22.2%)	9(100.0%)

][-]

カイ 2 乗検定の結果、有意差は認められなかった。(P=1.00[-])

対面式キッチンを使っている施設の合格率が 85.7%と高いことがわかった。それに対し、壁向式キッチンを使っている施設の合格率は 50.0%であった。これらより対面式キッチンを使った施設の方が合格率は高いことがわかる。可視方向に背中を向けてしまう壁向式よりもユニット内を見渡しやすく、状況に応じた配慮ができる対面式を選ぶ施設の方が選定評価点の上昇につながっている可能性があることがわかった。またキッチンに関する評価項目には、「入居者に合わせて、一緒に準備や片付けをする取組をしている」という項目があり、対面式のほうが準備や片付けに参加してもらいやすいということも考えられた。全体として選定評価点と施設の平面構成要素の明確な有意性がないといえる。

8) 浴室の有無×選定評価点(表 4-4-3)

- ・浴室有(6施設)の選定評価点 $\bar{X} = (76.33 \pm 6.38) \text{ 点}$
- ・浴室無(3施設)の選定評価点 $\bar{X} = (70.00 \pm 10.98) \text{ 点}$

浴室がある施設と浴室がない施設の選定評価点の平均値に有意差は見られなかった。

(P=0.51[-])

表 4-4-3 浴室有無別に見た選定評価点

	合格 (70 点以上)	不合格 (70 点未満)	計
浴室有	6 (100.0%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)
浴室無	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
計	7 (77.8%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)

] [-]

カイ 2 乗検定の結果、有意差は認められなかった。(P=1.00[-])

浴室有の施設の合格率が 100.0%と高いことがわかった。ユニット内に浴室があれば移動時間が短縮でき、また移動距離が短くなることで入居者の負担を減らすことにも繋がると考えられる。

## (2) 平面構成要素からみた設備面配慮の評価点の傾向

先ほど平面構成要素と選定評価点の関係性があまり見られなかったため、設備評価点(カテゴリ A : 16 点)に限定して平面構成要素との関係性を調べた。

カテゴリ A : 設備面の配慮の項目は大項目 : 4、中項目 : 8、小項目 : 43 からなる。居室の居場所づくり、共同生活室での普通の生活、ユニット以外での共用空間づくり、トイレ・個浴の配慮等、在宅に近い環境への配慮すべき項目である。また、設備評価点が 16 点満点中 70%に近い 11 点以上を満たした 3 施設を高設備評価、それ以外の 6 施設を低設備評価と定義した。

### 1) 居室面積×設備評価点

- ・高設備評価施設(3 施設)の居室面積 $\bar{X} = (16.723 \pm 1.109) \text{ m}^2$
- ・低設備評価施設(6 施設)の居室面積 $\bar{X} = (15.670 \pm 1.597) \text{ m}^2$

設備評価別に居室面積の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。(P=0.29[-])

### 2) 共同生活室面積×設備評価点

- ・高設備評価施設(3 施設)の共同生活室面積 $\bar{X} = (99.983 \pm 13.911) \text{ m}^2$
- ・低設備評価施設(6 施設)の共同生活室面積 $\bar{X} = (102.943 \pm 26.192) \text{ m}^2$

設備評価別に共同生活室面積の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。(P=0.83[-])

### 3) ユニット面積×設備評価点

- ・高設備評価施設(3 施設)のユニット面積 $\bar{X} = (304.360 \pm 28.336) \text{ m}^2$
- ・低設備評価施設(6 施設)のユニット面積 $\bar{X} = (314.437 \pm 80.304) \text{ m}^2$

設備評価別にユニット面積の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。(P=0.79[-])



4) 可視率×設備評価点

- ・高設備評価施設(3施設)の可視率 $\bar{X} = (93.333 \pm 11.547) \%$
- ・低設備評価施設(6施設)の可視率 $\bar{X} = (62.333 \pm 32.010) \%$

設備評価別に可視率の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。  
( $P=0.07[-]$ )

5) トイレ箇所数×設備評価点

- ・高設備評価施設(3施設)のトイレ箇所数 $\bar{X} = (8.333 \pm 4.619)$ 個
- ・低設備評価施設(6施設)の箇所数 $\bar{X} = (5.833 \pm 4.579)$ 個

設備評価別にトイレ箇所数の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。  
( $P=0.48[-]$ )

6) 居室・トイレ間距離×設備評価点

- ・高設備評価施設(3施設)の居室・トイレ間距離 $\bar{X} = (3.700 \pm 6.409)$  m
- ・低設備評価施設(6施設)の居室・トイレ間距離 $\bar{X} = (8.313 \pm 9.210)$  m

設備評価別に居室・トイレ間距離の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。  
( $P=0.42[-]$ )

7) キッチン種類×設備面評価点 (表 4-4-4)

- ・対面式(7施設)の設備評価点 $\bar{X} = (9.714 \pm 1.799)$ 点
- ・壁向式(2施設)の設備評価点 $\bar{X} = (12.000 \pm 2.828)$ 点

キッチン種類別に設備評価点の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。  
( $P=0.46[-]$ )

表 4-4-4 キッチン種類別に見た設備評価点

	高設備評価	低設備評価	計
対面式	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7 (100.0%)
壁向式	1 (50.0%)	1 (50.0%)	2 (100.0%)
計	3 (33.3%)	6 (66.7%)	9 (100.0%)

】[-]

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められなかった。( $P=1.00[-]$ )

8) 浴室の有無×設備評価点 (表 4-4-5)

- ・浴室有(6施設)の設備評価点 $\bar{X} = (9.714 \pm 1.799)$ 点
- ・浴室無(3施設)の設備評価点 $\bar{X} = (12.000 \pm 2.828)$ 点

浴室の有無で設備評価点の平均値比較を行った結果、有意差はみられなかった。  
( $P=0.46[-]$ )

表 4-4-5 浴室有無別に見た設備評価点

	高設備評価	低設備評価	計
浴室有	6 (100.0%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)
浴室無	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
計	7 (77.8%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)

] [-]

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められなかった。(P=1.00[-])

### (3) 合格施設と全国の施設との比較分析

次に研究対象となった 9 施設のうち、70 点以上を満たした合格施設 7 施設と全国のユニット型施設 1,087 施設について比較可能な以下の 6 項目について分析を行った。

(分析項目)

- 1) 共同生活室面積、2) 居室トイレの有無、3) 戸外空間の有無、4) 死角の有無、
- 5) 居室内洗面設備の有無、6) 共同生活室以外のくつろげる場所の有無

#### 1) 共同生活室面積 (表 4-4-6)

【共同生活室面積】…廊下面積を含む共同生活室の面積のこと。

表 4-4-6 共同生活室面積別に見た施設数

	120㎡未満	120㎡以上	計
7施設	6(85.7%)	1(14.3%)	7(100.0%)
全国	837(77.0%)	250(23.0%)	1087(100.0%)
計	843(77.1%)	251(22.9%)	1094(100.0%)

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められなかった。(P=0.92[-])

面積が大きいことが選定評価点の高得点に関係していないことが、この分析結果から推測できる。

#### 2) 居室トイレの有無 (表 4-4-7)

【居室トイレ】…居室内に設置されているトイレのこと。

- ・ 7 施設  $\bar{X} = (0.429 \pm 0.535) \text{ m}^2$
- ・ 全国 1087 施設  $\bar{X} = (0.448 \pm 0.498) \text{ m}^2$

全国施設と 7 施設の居室トイレの有無の平均値に有意な差は見られなかった。

(T 検定 p=0.93[-])

表 4-4-7 居室トイレの有無別に見た施設数

	有	無	計
7施設	3(42.9%)	4(57.1%)	7(100.0%)
全国	487(44.8%)	600(55.2%)	1087(100.0%)
計	490(44.8%)	604(55.2%)	1094(100.0%)

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められなかった。(P=0.78[-])

居室トイレがある施設と無い施設の割合は全国施設と 7 施設別で比較してみても大きな差はなかった。また、選定評価点の調査項目が「トイレが居室設置カリビングに分散配置（概ね 3 人に 1 つ以上）している」となっているため居室内にトイレがあれば評価点数が上がるわけではないことが関係していると考えられる。

### 3) 戸外空間の有無（表 4-4-8）

【戸外空間】…屋外の場所のこと。居室から出入りできる戸外空間は対象とはせず共同生活室から出入りできる戸外空間を対象とする。

- ・ 7 施設  $\bar{X} = (0.714 \pm 0.488) \text{ m}^2$
- ・ 全国 1087 施設  $\bar{X} = (0.568 \pm 0.496) \text{ m}^2$

全国施設と 7 施設の戸外空間の有無に有意な差は見られなかった。

(T 検定  $p = 0.46[-]$ )

表 4-4-8 戸外空間の有無別に見た施設数

	有	無	計
7施設	5(71.4%)	2(28.6%)	7(100.0%)
全国	617(56.8%)	470(43.2%)	1087(100.0%)
計	622(56.9%)	472(43.1%)	1094(100.0%)

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められなかった。(P=0.69[-])

しかし戸外空間のある施設の割合を見ると、選定評価の対象となった 7 施設のほうが高い割合であることがわかる。入居者に配慮した環境作りをしているのではないかと考えられる。

### 4) 死角の有無（表 4-4-9）

【死角の有無】…ユニット内に共同生活室全体が見える場所が一箇所でもあれば死角無しとした。ただし実際はガラス窓のところでガラス越しに見ることが可能であっても、今回は見えないものとして考えた。

表 4-4-9 死角の有無別に見た施設数

	有	無	計
7施設	0(0.0%)	7(100.0%)	7(100.0%)
全国	549(50.5%)	538(49.5%)	1087(100.0%)
計	549(50.2%)	545(49.8%)	1094(100.0%)

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められた。(P=0.0223[\*])

7 施設では見渡しやすいようにキッチンが配置されている等の工夫がみられており、その事が全国と比較した際の差異として表れたと考えられる。

### 5) 居室内洗面設備の有無（表 4-4-10）

【居室内洗面設備】…居室内に洗面設備があるかどうか。居室内トイレに洗面設備があ

る場合、洗面設備は有とする。

表 4-4-10 居室内洗面設備の有無別に見た施設数

	有	無	計
7施設	7(100.0%)	0(0.0%)	7(100.0%)
全国	1048(96.4%)	39(3.6%)	1087(100.0%)
計	1055(96.4%)	39(3.6%)	1094(100.0%)

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められなかった。(P=0.61[-])

全国施設のほぼすべてで居室に洗面所が設置されていることから、居室内に洗面設備を設けることは特別に配慮されたものではないことが考えられる。洗面設備が居室内にあるために、選定評価点が高くなるというわけではないことがわかる。

#### 6) ユニット内において共同生活室以外のくつろげる場所の有無 (表 4-4-11)

【ユニット内のくつろげる場所の有無】・・・ユニット内で共同生活室（メインリビング）以外で居室とは別にソファを置くなどしてくつろげる場所（サブリビングやラウンジなど）があるか、全国はアンケート調査、7施設は写真やヒアリングにより有無を判定した。

表 4-4-11 共同生活室以外のくつろげる場所の有無別に見た施設数

	有	無	計
7施設	7(100.0%)	0(0.0%)	7(100.0%)
全国	578(53.2%)	509(46.8%)	1087(100.0%)
計	585(53.5%)	509(46.5%)	1094(100.0%)

カイ 2 乗検定の結果、有意差が認められた。(P=0.03611[\*])

これは、建物を建設する際に、指定された基準に加えて、くつろげる空間を加えていくと、面積が必要以上に増えたり、構造が変化したりすることにより、建設費が高額となることも多く、共同生活室以外にくつろげる場所を設置することに躊躇する施設が全国調査でも半数以上あったことが有意差につながったと考えられる。

#### 4.4. まとめ

- (1) 合格施設と不合格施設では、平面構成要素と選定評価点および設備評価点の数値に有意な差はみられなかった。これは選定評価点に平面構成要素が反映されていないことおよび対象となった施設数が少ないことによる。また評価ツールに平面構成要素に関わる項目が少ないことが考えられる。また「設備面への配慮」つまりハード面の課題を、合格施設はソフト面やシステム面で工夫することにより評価を高めていることが考えられた。
- (2) 平面構成要素と設備評価点には有意な関係性がみられなかった。これは現在の設備評価点には含まれない平面構成要素を適切に評価する項目がないためであり、これを追加することでユニットケアの理念に沿ったハードを評価できるのではないかと考えられる。

(3) 合格施設と全国の施設との比較では「死角の有無」および「くつろげる場所の有無」について有意差がみられた。このことを精査し、評価点との関係性をさらに明らかにすることで、建物空間を作りこんでいく際に評価点につながる知見を得られる可能性が示唆された。

## 5. 第4章のまとめ

本章では、認知症ケアにおける「物理的環境」における課題を解決するアプローチを検討し考察した。以下に結果をまとめる。

1. 施設整備の4事例のキャプション評価法から得られた物理的配慮の知見は、十分な採光やリビングの広さや家庭的な雰囲気、機能的な浴室やトイレなどは物理的環境への配慮の前提となる。これ以外に特に配慮すべき点について、以下にまとめる。
  - (1) 洗面台などは角のゆるやかな形状と高さへの配慮や脱衣所などの手すりの位置に十分に配慮する必要がある。
  - (2) トイレ内洗面台の鏡の高さやリビングのキッチンカウンターの高さ、トイレ出入口などを車椅子対応とする必要がある。
  - (3) 共用トイレのリビング内の配置場所を遠すぎないようにすることやロールカーテンなど操作方法がわかりづらいもの使用を避ける、また、リビング内のナースコール受信機が家庭的雰囲気を損なわない工夫が必要である。
  - (4) 玄関三和土から居間にかけて段差をなくした分、空間の区切りが認識しづらいため、解消する工夫が求められる。
2. 高齢者が住まうリビングに求める構成要素について、以下にまとめる。

施設または職員が「家庭らしさ」を考え「良かれ」と思い置いているもので、高齢者がそれほど望まない物品があった。これらから、リビングの環境を整える際には、利用者への説明や同意が不可欠であり、説明が理解できない、または同意を得ることが難しい認知症高齢者が多い施設の住環境では、共有空間の物品の導入には慎重に個別の検討が必要であった。
3. ユニットケア研修施設と同等の選定評価を受けたユニット型施設の評価点と施設の物理的環境における平面構成要素との関連性を検討した。合格施設と7施設を全国の施設と比較し、相違点や関連性について以下の知見を得た。
  - (1) 合格施設と不合格施設では、平面構成要素と選定評価点の数値に有意性は見られなかった。これは選定評価点に平面構成要素が反映されていないことおよび対象となった施設数が少ないこと、評価ツールに平面構成要素の項目が少ないためである。物理的なハード面の課題に対し、合格施設はソフト面（人材）やシステム面（組織運営）で工夫することにより評価を高めていることを示した。
  - (2) 平面構成要素と設備評価点には有意な関係性がみられなかった。これは現在の設備評価点には含まれない平面構成要素を適切に評価する項目がないためであり、これを追加することでユニットケアの理念に沿ったハードを評価できることを示した。
  - (3) 合格施設と全国の施設との比較では「死角の有無」および「くつろげる場所の有無」について有意差が見られた。この点を精査し、評価点との関係性を明らかにすることで物理的環境の向上につながる知見を得る可能性がある。

以上から、高齢者の居住環境の向上には、PEAP等の認知症高齢者の環境評価手

法やキャプション評価法を用いることが物理的環境を向上させ、客観的評価が可能であり、施設の良い点や悪い点が明らかとなるが、この他に、高齢者自身が求める環境の調査により、個別空間の他に、共有空間の設えを検討することの重要性が示唆され、職員による設えに終始するのではなく高齢者本人と作ることが求められる。

また、ユニットケアの評価点と平面構成要素との関連性については、今後、明らかにすべき課題が残されたが、これらすべて共通して、物理的環境づくりとしては、1) ハード面の整備では特に計画的で十分に検討されるものであること、2) 入居系施設の場合、入居の高齢者がかわる度に、または継続的に物理的環境を検討すべきこと、が求められた。これらが高齢者が住まう環境の仕組みとすることが重要であると考えられた。

## 参考文献

- 1) 橘弘志：特別養護老人ホームのケア環境と入居者の生活展開の比較，日本建築学会計画系論文集 第 548 号，137-144，2001
- 2) 田辺毅彦，大久保幸積，秋葉郁子，足立啓：カイゼンの要点，日総研出版，13，2008
- 3) 森一彦，加藤悠介，今井朗，山崎愛，足立啓：特別養護老人ホームの環境改修プロセスにおける高齢者の行動変化，大阪市立大学大学院生活科学研究誌 Vol. 4，111-128，2006
- 4) 横山奈緒枝，大久保幸積，大野直子，寺田香，平野憲子，油谷香織：老人保健施設における痴呆性老人へのケアの実態と課題，高齢者問題研究 No. 13，139-154，1997
- 5) 橘弘志：既存特別養護老人ホームにおけるユニット改修の効果と課題-改修によるユニットケア型高齢者居住施設に関する研究 その 1-，日本建築学会計画系論文集 第 616 号，63-69，2007
- 6) 松原茂樹，足立啓，植野知津子，舟橋國男，児玉桂子：入居者に対する介護職員の関わりに関する考察ーユニットケア型高齢者福祉施設における介護職員のケアのあり方に関する研究ー，日本建築学会計画系論文集 第 561 号，137-144，2002



## 第 5 章 社会的環境要因（地域社会）へのアプローチ

---



## 2. 高齢過疎地域における高齢者施設を中心とした町づくり

### 2.1. 目的

本節では、筆者の法人による高齢過疎地域における高齢者施設の実践活動・取り組みとその結果を基に、同様に他的高齢過疎地域においても高齢者施設を中心としたユニバーサルな町づくりを展開できる可能性について考察することを目的とする。

なお、流石らによれば、他の地域では認知症サポーター養成講座に参加した地域住民が、さらに高齢者施設の認知症を持つ入居者と施設内で交流する「ふれあい体験」の実施により、高齢者施設への理解促進と認知症の理解が促進された事例<sup>1)</sup>がある。また、黒田らが実施した、ある地域での住民意識調査によれば、「認知症になっても、その人の意思をできる限り尊重してあげたい」との回答率が 92.7%と高いものの、一方で、認知症に対して怖いと感じる人は 4 割を占め、接し方が分からないと感じる人は 3 分の 2 と少なくなかった<sup>2)</sup>との結果があり、町づくりには住民の理解促進が必要だと考えられる。

### 2.2. 研究方法

#### (1) 研究対象

本事例の対象はA町とした。A町は 2014 年 5 月の時点での人口が 4,351 人である。近年は人口減少および高齢化率の伸びが著しく、2004 年から 2014 年の 10 年間で人口が 14.2%減少し、高齢化率は 29.8%から 33.5%と上昇している自治体である（表 5-2-1）。

表 5-2-1 A町の人口変動

	1995 年 5 月	2004 年 5 月	2014 年 5 月	変動率 (2004-2014)
人口	6,121 人	5,070 人	4,351 人	-14.2%
高齢者人口	1,352 人	1,512 人	1,459 人	-3.4%
高齢化率	22.1%	29.8%	33.5%	+12.4%

#### (2) 介入法人の概要

本節の実践活動を実施した筆者の法人の概要は次のとおりである。1974 年に設立された法人であり、3 市 2 町で社会福祉事業、主に高齢者福祉施設を運営し、600 人以上の職員を抱えている。施設の総入居定員は 900 人以上となる（表 5-2-2）。

A町においての事業開始は 1977 年であり、現在までに特養の他、グループホームやデイサービスセンター、居宅介護支援事業所、保育園を運営している。

表 5-2-2 筆者の法人の概要

	A 町	B 町	C 市	D 市 E 市
特別養護老人 ホーム及び高齢 者施設	a施設 (80/1977) (2013建替)  b施設 (100/1985)	h施設 (60/1975)  i 施設 (50/1973)  j施設 (40/2001)  k施設 (29/2013)	n施設 (100/1995)  o施設 (50/1987)  p施設 (50/1996)	r施設 (140/2005)  s施設 (29/2014)  t施設 (80/2014)
認知症対応型グ ループホーム	c施設 (9/1997)  d施設 (9/2010)  e施設 (18/2007)	l施設 (9/2003)		u施設 (18/2008)
デイサービスセ ンター	f施設 (10/日/1990)  g施設 (10/日/2007)	m施設 (50/日/1995)	q施設 (100/日/1995)	v施設 (40/日/2004)  w施設 (10/日/2012)

( ) は定員/開設年

## (2) 研究方法

高齢過疎地域における高齢者施設を中心とした町づくりのため、下記の事業を中心に活動を行った。

1) 認知症サポーター養成講座<sup>注1</sup>の実施

筆者の法人は厚生労働省の「認知症を知る1年」キャンペーンの一環として行われている「認知症サポーター養成講座」に賛同し、認知症についての理解を深め、認知症の人や高齢者や障がい者へのサポート体制づくりの一環として、A町内で2005年よりキャラバンメイト養成講座（写真 5-2-1）および認知症サポーター養成講座を実施した。近隣市町村にも周知し127名（A町33名、他市町村94名）の参加者がその後A町を中心にB町、C市、D市などで積極的に活動した。竹生らによれば、人口1万人未満の町村にいるキャラバンメイトは「仕事が忙しくて活動が思うようにできない」「人前で話すことが難しい」「活動を1人でするのは責任が重い」「地域住民への働きかけが難しい」と負担も感じていた<sup>3)</sup>。養成研修を受講しても、一人では継続したサポーター講座の実施は難しいため、筆者の法人全体でキャラバンメイトを多数育成することに取り組んだ結果、2007年には受講者が751名、受講率が16.4%となり、人口比では全国で1位の受講率を達成できた。2015年6月現在では953名が受講済みで受講率は22.1%である。小学生（写真 5-2-2）や役場の職員など多くの地域住民が受講し、地域での弱者への視点の育成と、その特性への理解が浸透してきている。また高齢者施設の地域での役割についても周知を行った。

これをきっかけに、近隣市町村においてもキャラバンメイトの養成研修が行われるようになり急速に展開された。例えば、A町で開催したキャラバンメイトを受講したD市職

員が、D市においてキャラバンメイト養成研修を積極的に企画・開催し、既にサポーターは2,000名を超えている。



写真 5-2-1 キャラバンメイト養成講座



写真 5-2-2 小学校における  
認知症サポーター養成講座

## 2) 認知症徘徊模擬訓練の開催

2005年に筆者の法人が主導してA町G地区でSOSネットワークを立ち上げた。同ネットワークは拡がりを見せ、A町の他地区にも発足した。さらに、実際の行方不明者に対応できるよう認知症高齢者徘徊搜索模擬訓練を町内各地で役場、警察、消防等と連携し、講義と模擬訓練を実施した。2005年および2012年11月にはA町G地区で、2013年10月にはA町H地区で模擬訓練を実施した。参加者は職員、警察署員、自治体職員、自治会長、近隣住民や施設職員などであった。参加者は行方不明となった場合の対応策や、通報などについて勉強会をおこなった。（写真 5-2-3、写真 5-2-4、写真 5-2-5、写真 5-2-6）



写真 5-2-3 警察への通報訓練



写真 5-2-4



写真 5-2-5

地域住民による認知症搜索模擬訓練の様子 1、2



写真 5-2-6 地域住民に対する講義

### 3) A町バリアフリー調査と点検マップの作成（図 5-2-1）

障害者や認知症の人、高齢者等のために、実際の公共施設のバリアフリーへの対応状況を調査し、「A町公共施設バリアフリー点検マップ」を作成した。そしてA町へ改善等の要望・提言をおこなった。それ以降の公共施設の整備をする際に、筆者の法人の提言が活用されている。このような活動が、a施設の建替えの際にその機能として活かされていることは明らかである。



図 5-2-1 A町公共施設バリアフリー点検マップ

### 4) その他の活動

#### ①介護予防講座・介護家族向け講座の実施（写真 5-2-7、写真 5-2-8）

運動機能の維持や、認知症予防を目的とした地域住民向け講座を実施した。また、介護家族向け講座は 2007 年から開催し、2014 年までに通算で 300 名以上参加している。



写真 5-2-7 介護予防教室



写真 5-2-8 家族介護教室



## ②無料福祉電話相談窓口の設置（図 5-2-2）

地域介護者の要望を受けて、さまざまな問題の相談に応えることを目指した、24 時間 365 日切れ目のない無料の電話相談窓口連絡体制を整備した。大塩がスウェーデンにおける 2011 年の近親介護者サポート事業に関して、電話相談が 654 件、面接相談が 70 件、家庭訪問が 143 件で、新規ケースは 93 件とのデータを示している<sup>4)</sup>ことから、文化は違えど、地域の相談の窓口としての電話相談窓口の有効性が高いといえる。



図 5-2-2 電話相談ポスター

### 2.3. 結果

上記の方法等による地域において町づくりにつながるさまざまな活動を実施してきたことで高齢者施設への理解が進み、地域住民のなかにその役割と意義が浸透した。さらにこの町づくりの取組みに対する信頼が深まったことにより2013年3月、高齢者施設a（以下、a施設）は地域住民の理解と協力を得て、円滑にI地区から津波災害が想定されるG地区へ移転新築が実現することとなった。この取り組みは、高齢者施設がさまざまな役割をもって町づくりの拠点となり得ることを示唆している。その理由を以下に示す。

(1) 地域防災の拠点として

G地区は海拔が低い沿岸部に位置するため、地域住民は津波対策に対する心配があった（図 5-2-3）。建設に先駆けて2012年12月13日に行われた建設に際しての説明会（写真 5-2-9）には、多くの地域住民が参加した。地域の防災拠点（図 5-2-4）としての位置づけと災害時の避難所としての役割に関心を寄せている様子が伺えた。

このような経過から、a 施設は 2013 年 5 月 21 日に I 地区から G 地区へ移転開設となった。（写真 5-2-10）



図 5-2-3 A町G地区津波ハザードマップ



図 5-2-4 地域住民の一時避難場所



写真5-2-9

移転新築の事前住民説明会



写真5-2-10 移転新築した a 施設

また、建設後の 2013 年 5 月 17 日には A 町の「災害時における一時避難所」としての指定を受け協定書を取り交わし、調印式を行った（写真 5-2-11）。従来の高齢者施設は高齢者や障がい者を受け入れる「福祉避難所」として指定されるケースが多くみられるが、竹葉らは、地域の認知度の低い、一般の社会福祉施設が福祉避難所となるのであれば在宅ケアを受ける高齢者や社会福祉施設に普段行かない要援護者が、自分が行くべき福祉避難所が分かるようにしなければならない一方で、地域全体に周知してしまうと福祉避難所でもよい人も避難しに来てしまい、混乱が起きる可能性がある<sup>5)</sup>と指摘している。しかし一般住民も受け入れる「一時避難所」として指定を受けたことで、地域の避難所としての多様な住民を受け入れる拠点となった。また避難所としての機能を果たせるよう近隣住民も参加して、同年 9 月高齢者施設・行政・地域住民合同の避難訓練をおこない、町内会の役員、そして地域の災害弱者である高齢者も参加した。（写真 5-2-12、写真 5-2-13）



写真 5-2-11

A 町との避難施設利用協定調印式



写真 5-2-12

災害対策訓練（1、2）



写真 5-2-13

## （2）町づくりの拠点として

地域住民が施設を訪れる機会も増え、移転前はほぼゼロに近かったボランティアが施設で活動するようになった。（図 5-2-5）主に地域の女性の方が中心となり、入居者向けカフェのボランティア、話し相手のボランティア、花壇整備のボランティアなどおこなっている。（写真 5-2-14、写真 5-12-15、写真 5-12-16）





写真5-2-14

カフェのボランティア



写真5-2-15

話し相手のボランティア



写真5-2-16

花壇整備のボランティア

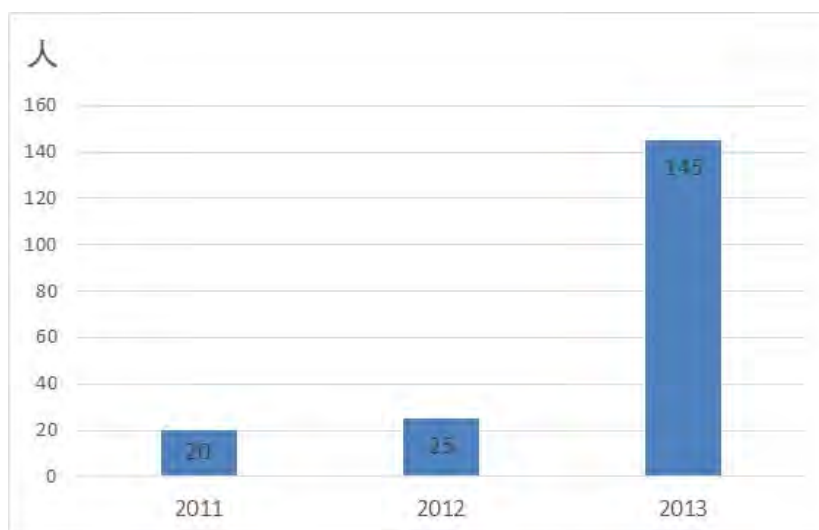


図 5-2-5 ボランティアの受け入れ数の推移

また、夏祭り等の施設行事にも、地域住民の方の手伝いや参加があり、(写真 5-2-17、写真 5-2-18) 一方で施設職員も町内会の役員を務めたり、町内の海岸清掃に参加したり(写真 5-2-19) といった互助の関係ができてつある。



写真5-2-17

夏祭りの施設行事のボランティア (1、2)



写真5-2-18



写真5-2-19

海岸の清掃活動

### (3) 次世代育成の拠点として

A町G地区の小学校とa施設との間では、盛んに交流が図られており、小学生が施設

に訪問する機会も頻繁にある。具体的には、家庭科で作った豆腐のおすそ分け(写真 5-2-20)、福祉の仕事体験(写真 5-2-21)、餅つき行事への参加(写真 5-2-22)、など多岐に渡っている。



写真5-2-20  
豆腐のお裾分け



写真5-2-21  
福祉の仕事体験



写真5-2-22  
餅つき行事への参加

このように、これまでに地域の安心できる町づくりのため、筆者の法人は認知症サポーター養成講座の開催、認知症徘徊模擬訓練の実施、A町バリアフリー点検マップの作成、介護教室の開催、無料福祉電話相談の設置に取り組んできた。これらはすべて、高齢者施設がその有する機能や専門性を施設内だけではなく地域のなかで発揮したものである（図 5-2-6）。

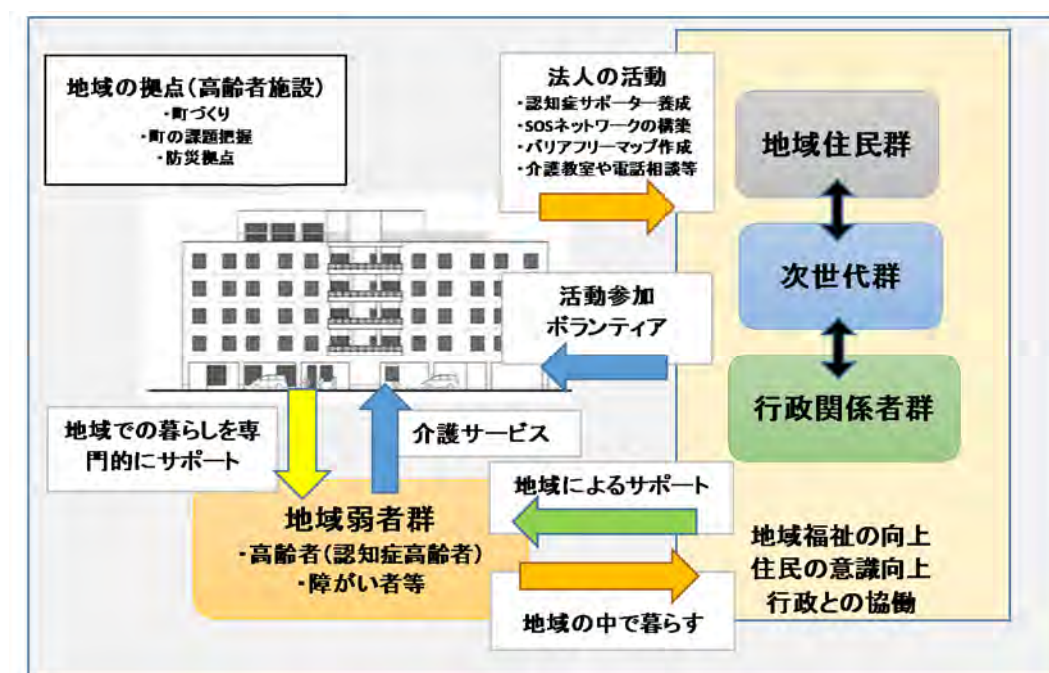


図 5-2-6 A町における福祉システム概念図

また、この取り組みは住民が積極的に参加していることが重要な点である。これらの取り組みにより、地域の拠点としての重要な役割を高齢者施設が果たすことで、町づくりに貢献するということを示すことができた。またそのうちのいくつかの活動はC市やD市といった近隣の地域へ筆者の法人は広げることができた。これらは福祉に関する専門職を

擁する社会福祉法人であれば、他の高齢過疎地域においても高齢者施設が町づくりに貢献できることが示されたといえる。

#### 2.4. 考察とまとめ

この研究は、筆者の法人とA町による一つの取り組みについて、経過をまとめたものである。高齢者施設がその施設の入居者だけでなく、地域の障害者や小学生や地域住民にも暮らしやすい町づくりに寄与できる大きな可能性を示すことができた。他の同様の地域でも同様の取り組み、活動を展開している法人がある。例えば、他県社会福祉法人では社会貢献事業は、社会福祉法人が行うべき当然のチャレンジと考え、地域のサポートセンター構築を進める<sup>6)</sup>など先進的な取り組みをおこなっているが、これらの取組は一部の社会福祉法人にとどまっている。しかし、筆者が指摘してきたように施設等の持つ「総合的な医療を含む介護体制」を、地域のさまざまな介護保険を含む社会資源や、近隣・ボランティア等の人との関係を活用して実現することで、在宅で生活できる限界（幅）は広がる<sup>7)</sup>のである。そのためには、各法人のトップが率先して、同様の取り組みへの姿勢を明確にし、粘り強く取り組むことが、全国各地での高齢者施設を核とした町づくりが広がっていくことには必要だと考えられる。

##### 注1 認知症サポーター養成講座

国（日本政府）は、「認知症を知り、地域をつくる 10 か年」の全国的なキャンペーンを行い、認知症の正しい理解の普及啓発を行った。このキャンペーンは認知症の人が認知症であっても地域で暮らし続けることを支えることを目的としている。認知症サポーター養成講座は 90 分間で、認知症の人の生活を支えるために必要な知識として認知症という病気そのものを学ぶ内容となり、認知症に対する偏見を失くし正しい理解を深め、地域の認知症サポーターとして活動することができる。

### 3. 認知症ケアパス作成における社会福祉法人の役割

#### 3.1. 目的

本節では「認知症ケアパス」作成や運用する際に必要な社会資源やネットワーク等が都市部では比較的充足していると考えられるが、人口1万人以下程度の小規模な自治体では不足する社会資源等があるのではないかと仮説をたてた。栗田によれば、地域包括支援センター職員、認知症地域支援推進員、医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士などがチームを結成する「認知症初期集中支援チーム」が診断へのアクセスと診断後の統合ケアを調整する役割を担う<sup>8)</sup>とされているが、一方で、栗田は医療サービスや介護サービスが不足している離島や中山間地域においては、保健医療福祉介護の専門職が定期的に訪問し、そこに暮らす人々と集い、協働した活動を継続していくことが、認知症の人にやさしい地域づくりになる<sup>9)</sup>と述べている。そこで本研究では、「認知症初期集中支援チーム」が担う役割のなかで、専門職を多く抱える地域の社会福祉法人が持つノウハウで担えるものがあるかどうかを探り検証していくことを目的とする。

#### 3.2. 研究方法

##### (1) 研究対象

D県内の人口1万人以下のA町、B町、C町を選択し、それぞれの町での「認知症ケアパス」を作成することとした。各町の概要は表5-3-1に示す。

表 5-3-1 3 町の概要比較

	面積 (km <sup>2</sup> )	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	人口 (人)	推計人口*1 (人)	65歳以上人口(人)	高齢化率*2 (%)	要介護認定者 数(人)
A 町	180.54	51	9,284	7,607	3,712	38.4	818
B 町	233.54	18.3	4,264	3,533	1,442	33.8	278
C 町	205.04	12.9	2,654	2,403	996	37.5	176

\*1: 国立社会保障・人口問題研究所(2013年3月推計、2025年の推計人口)

\*2: 内閣府平成26年版高齢社会白書によると、高齢者率北海道平均27.0%、全国平均25.1%

##### (2) 研究方法

研究を進めるにあたって、必要と思われる社会資源情報を、役場高齢者福祉係、介護保険係、社会福祉協議会等に聞き取り調査を行う。また、その情報を補完するものとして、それぞれの町から出されている「第5期および第6期高齢者保健福祉計画」および「介護保険事業計画」を活用する。

収集した情報を「認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート」および「認知症の人を支える社会資源の整理シート」を用いて整理し「認知症ケアパス作成のために必要な項目」ごとに分類した。

##### (3) 倫理的配慮

各町役場担当課などの関係機関に文書にて説明し承諾を得た。また、個人情報、秘密

保持について配慮を行った。

### 3.3. 結果

3 町における社会資源の利用状況について、表 5-3-2、表 5-3-3、表 5-3-4 に示す。

在宅における社会資源は、A 町、C 町は一定の充足率であったが、B 町については少し社会資源が不足していた。一方、施設等の社会資源や介護保険以外の社会資源は B 町が最も充実しており、在宅の社会資源の不足を補完する形となっていた。

表 5-3-2 地域の社会資源の利用状況【介護保険・在宅】

単位: 人

	訪問介護	通所介護	短期入所 生活介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハ ビリ	通所リハ ビリ	福祉用具 貸与	住宅改修	居宅介護 支援	短期療養 介護
A 町	8206 (88)	9337 (100)	2348 (25)	12 (0.1)	804 (8)	1454 (16)	3779 (40)	864 (9)	31 —	194 (2)	40 (0.4)
B 町	1597 (36)	2478 (57)	625 (14)	50 (1)	36 (0.8)	96 (2)	72 (2)	240 (5)	12 —	61 (1.4)	105 (2.4)
C 町	936 (35)	1944 (73)	888 (33)	0 (0)	60 (2)	648 (24)	1164 (44)	240 (9)	8 —	39 (1.5)	132 (5)

\*1: 年間利用者延数

\*2: ( )は対人口比率%

A 町/C 町は第 6 期高齢者福祉計画および介護保険事業計画から抜粋

B 町は第 5 期高齢者福祉計画および介護保険事業計画から抜粋

表 5-3-3 地域の社会資源の利用状況【介護保険・施設】

単位: 人

	グループ ホーム	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	療養型医 療施設	特定施設	高齢者対 応型住宅
A 町	432 (4.6)	708 (7.6)	336 (3.6)	360 (3.8)	44 (0.4)	0 —
B 町	140 (3.2)	655 (15)	550 (13)	50 (1)	11 (0.3)	258 (戸数)
C 町	36 (1.3)	192 (7.2)	228 (8.6)	240 (9)	36 (1.4)	12 (戸数)

\*1: 年間利用者延数

\*2: ( )は対人口比率%

表 5-3-4 地域の社会資源の利用状況【介護保険以外】

単位: 人

	一次予防 二次予防	いきいき ふれあい サロン	配食見守 りサービ ス	高齢者ク ラブ	緊急通報 装置	ふれあい 昼食会	生きがい デイ	軽度生活 支援	いきいき 学園	福祉有償 運送	認知症カ フェ	認知症サ ポーター
A 町	38	35	20	467	50	57	3	4	34	152	1	422
B 町	25	197	6	210	76	—	18	1	—	32	1	864
C 町	25	15	17	133	50	52	15	5	23	40	0	42

\*1: 年間利用者実人数

また、A町、B町、C町の、認知症の人を支える社会資源を整理したものを表 5-3-5 に示す。

表 5-3-5 認知症の人を支える社会資源の整理シート A、B、C 町

**認知症の人を支える社会資源の整理シート(地域の社会資源を認知症の生活機能障害ごとに整理する)** A町

<介護保険事業計画をふまえた社会資源整備の考え方>

高齢者が要介護状態となった場合においても、住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、介護、予防、医療、住まい、生活支援が一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」の構築に努める

認知症の生活機能障害	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要	常に介護が必要
支援の内容	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが1人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン ふれあい昼食会 いきいき学園	いきいきふれあいサロン ふれあい昼食会 いきいき学園	通所介護 通所リハ ふれあい昼食会	通所介護 通所リハ 訪問介護	訪問介護 訪問リハ
他者とのつながり支援	高齢者クラブ いきいきふれあいサロン ふれあい昼食会	高齢者クラブ いきいきふれあいサロン ふれあい昼食会	通所介護 通所リハ ふれあい昼食会	通所介護 通所リハ 訪問介護	訪問介護 訪問リハ
仕事・役割支援	高齢者クラブ	高齢者クラブ	通所介護 通所リハ	通所介護 通所リハ	
安否確認・見守り	緊急通報装置 認知症サポーター	緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高齢者クラブ	配食見守りサービス 高齢者クラブ	配食見守りサービス 通所介護、訪問介護	通所介護 訪問介護	短期入所 訪問介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	短期入所 訪問介護
医療	A病院 B温泉病院 Cサテライト D医院、E医院	A病院 B温泉病院 Cサテライト D医院、E医院	A病院 B温泉病院 Cサテライト D医院、E医院	A病院 B温泉病院	A病院 B温泉病院
家族支援	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター 高齢者クラブ	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援
緊急時支援 (精神症状がみられる等)	A病院 B温泉病院	A病院 B温泉病院	A病院 B温泉病院 災害時要援護者支援	A病院 B温泉病院 災害時要援護者支援	A病院 B温泉病院 災害時要援護者支援
住まい サービス付き高齢者住宅等	ケアハウス	ケアハウス	養護老人ホーム		
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			グループホーム 特養	グループホーム 特養	療養型病床 特養



## 認知症の人を支える社会資源の整理シート(地域の社会資源を認知症の生活機能障害ごとに整理する) B町

＜介護保険事業計画をふまえた社会資源整備の考え方＞

高齢者が必要な時に必要なサービスを選択・利用できる総合的な社会体制の整備を図るとともに、在宅福祉サービスの充実により高齢者が快適な生活を営めるように環境整備を図る

認知症の生活機能障害	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要	常に介護が必要
支援の内容	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが1人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	集団健康教室 総合健康相談 予防通所、予防訪問	集団健康教室 総合健康相談 予防通所、予防訪問	通所介護（A、B、C）	通所介護（A、B、C）	通所介護（A、B、C）
他者とのつながり支援	高齢者クラブ いきいきサロン	高齢者クラブ いきいきサロン	通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護
仕事・役割支援	高齢者クラブ 生きがいデイ	高齢者クラブ 生きがいデイ	通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護
安否確認・見守り	緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高齢者クラブ	配食見守りサービス 高齢者クラブ	配食見守りサービス 通所介護、訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護
身体介護			通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護	通所介護（A、B、C） 訪問介護
医療	B町国保病院 F 歯科	B町国保病院 F 歯科	B町国保病院 F 歯科	B町国保病院 F 歯科	B町国保病院 F 歯科
家族支援	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	B町国保病院	B町国保病院	B町国保病院	B町国保病院	B町国保病院
住まい サービス付き高齢者住宅等	高齢者対応公住	高齢者対応公住			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			GH M（I、II） GH K	J特養、G老健 H特養	J特養、G老健 H特養

## 認知症の人を支える社会資源の整理シート(地域の社会資源を認知症の生活機能障害ごとに整理する) C町

＜介護保険事業計画をふまえた社会資源整備の考え方＞

住み慣れた場所で自らしく 暮らし続けるためにできることを整備していく

認知症の生活機能障害	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要	常に介護が必要
支援の内容	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが1人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	転ばん塾 高齢者大学	転ばん塾 高齢者大学	通所介護（M） 通所リハ（C）	通所介護（M） 通所リハ（C）	通所介護（M） 通所リハ（C）
他者とのつながり支援	高齢者クラブ	高齢者クラブ	通所介護（M） 通所リハ（C）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）
仕事・役割支援	高齢者クラブ	高齢者クラブ	通所介護（M） 通所リハ（C）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）
安否確認・見守り	緊急通報装置（50） 配食見守りサービス（17） 認知症サポーター（50）	緊急通報装置（50） 配食見守りサービス（17） 認知症サポーター（50）	緊急通報装置（50） 配食見守りサービス（17） 認知症サポーター（50）	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高齢者クラブ	配食見守りサービス 高齢者クラブ	配食見守りサービス 通所介護、訪問介護	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）
身体介護			通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）	通所介護（M） 通所リハ（C） 訪問介護（社協）
医療	C温泉病院 Y 病院	C温泉病院	C温泉病院 K老健	C温泉病院 K老健	C温泉病院 Y 病院
家族支援	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	S病院	S病院	S病院	S病院	S病院
住まい サービス付き高齢者住宅等	高齢者対応公住	高齢者対応公住			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			GHは他市委託	D特養	D特養

さらに、サービス種類別にまとめ直したものを表 5-3-6 に示す。

表 5-3-6 サービス種類別社会資源

	相談系	訪問系	通所系	泊り系	訪問・通所・泊り系(多機能型)	暮らし系 ( )は定員
A 町	居宅1 居宅2 居宅3 居宅4 居宅5 地域包括1	訪問介護1 訪問介護2 訪問介護3	通所介護1 通所介護2 通所介護3 通所リハ1 通所リハ2	短期入所1	なし	特養1(60) 地域特養1(29) 療養型病院1(88) GH1(18) GH2(18) GH3(18) ケアハウス1(50) 養護(50)
B 町	居宅6 居宅7 地域包括2	訪問介護4	通所介護4 通所介護5 通所介護6	短期入所2 短期入所3 短期療養1	なし	特養2(100) 特養3(80) 老健(50) GH(9) GH(9) GH(18)
C 町	居宅9 居宅10 居宅11 地域包括3	訪問介護5	通所リハ3	短期入所4 短期療養2	なし	特養4(50) 老健(100) 療養型病院2(120) 生活支援ハウス

- \*1:「居宅」とは居宅介護支援事業所を指す
- \*2:「地域包括」とは地域包括支援センターを指す
- \*3:「短期入所」とは短期入所生活介護を指す
- \*4:「短期療養」とは短期療養生活介護を指す
- \*5:「特養」とは特別養護老人ホームを指す
- \*6:「地域特養」とは地域密着型特別養護老人ホームを指す
- \*7:「老健」とは介護老人保健施設を指す
- \*8:「GH」とは認知症対応型共同生活介護を指す
- \*9:「養護」とは養護老人ホームを指す

また、「認知症ケアパス」作成において共通して不足していると考えられるサービスは、以下の3つであった。(表 5-3-7、表 5-3-8、表 5-3-9)

1. 認知症の確定診断が受けられる医療分野の窓口
2. 相談窓口

現在、町役場や地域包括支援センターがその主な役目を担っているが、相談事例もある程度認知症が進行し、B P S D出現段階での相談が多い。

3. 24時間の安心と見守り

特に夜間の安否確認や状態変化の対応サービスなどが不足している。



表 5-3-7 認知症ケアパス (A 町)

( )は事業所数

	気づき・相談	確定診断	予防・軽度	急性増悪期	重度・寝たきり
社会資源	居宅(5) 地域包括(1)	—	いきいきサロン ふれあい昼食会 いきいき学園 高年者クラブ 配食見守り 認知症サポーター	通所介護(4) 訪問介護(3) 訪問リハ(1) 短期入所(1)	特養(2) 療養型病院(1) GH(3)
不足資源	相談窓口	物忘れ外来		24時間見守り サービス	

表 5-3-8 認知症ケアパス (B 町)

	気づき・相談	確定診断	予防・軽度	急性増悪期	重度・寝たきり
社会資源	居宅(2) 地域包括(1) 総合健康相談	—	集団健康教室 いきいきサロン 高年者クラブ いきがいデイ 配食見守り 認知症サポーター	通所介護(3) 訪問介護(1) 短期入所(3)	特養(2) 病院(1) GH(3)
不足資源	相談窓口	物忘れ外来		24時間見守り サービス	

表 5-3-9 認知症ケアパス (C 町)

	気づき・相談	確定診断	予防・軽度	急性増悪期	重度・寝たきり
社会資源	居宅(2) 地域包括(1)	—	転ばん塾 高齢者大学 高年者クラブ 配食見守り 生活支援ハウス	通所介護(1) 訪問介護(1) 通所リハ(1) 短期入所(2)	特養(1) 病院(2) 老健(1)
不足資源	相談窓口	物忘れ外来	認知症サポーター	24時間見守り サービス	

### 3.4. 考察とまとめ

#### (1) 考察

物忘れ相談医などは行政への働きかけによるが、認知症相談窓口の設置や 24 時間の見守り体制構築などは、第 1 節にも述べたように社会福祉法人は「福祉相談無料電話」の設

置や「介護家族と施設職員の相互参加型交流講座」の開催や「SOSネットワークの構築」等により認知症ケアパスづくりへの貢献が可能であり、また社会福祉法人が持つ認知症ケアの専門性の活用や施設機能を多機能化することで、不足する地域資源を補うことが可能ではないかと考えられた。

## (2) まとめ

ここまでの結果をもとに、各町役場担当課へ報告し、連携して以下の事業を開催した。

- 1) 「相談窓口」の実践として、新たにそれぞれの町にある社会福祉法人、地域包括支援センター等と協力して、A町とC町において「ものわすれなんでも相談室」を開催した。
- 2) A町、B町において「認知症カフェ」を開設した。

開催結果をもとに、今後の展開を考え、さらなる認知症ケアパスの充実をはかることが今後の課題である。そのためには、行政や社会福祉法人といった専門職による支援だけでなく、横山らが指摘したように痴呆性老人が地域や在宅で暮らす「生活圏」において地域住民の支援を拡充する必要がある<sup>10)</sup>、それぞれが並行して拡充されていくべきだと考えられる。

### i. ものわすれなんでも相談室（写真 5-3-1、写真 5-3-2）2014 年 8 月 21 日 10:30～15:00



写真 5-3-1

ものわすれなんでも相談室（A町）1

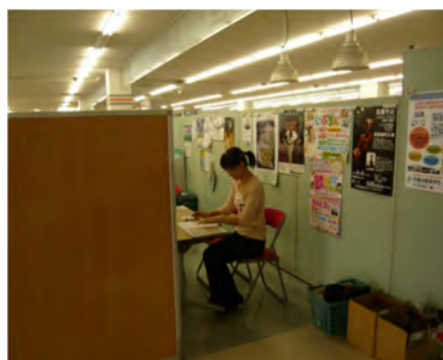


写真 5-3-2

ものわすれなんでも相談室（A町）2

### ii. ものわすれなんでも相談室（写真 5-3-3）2014 年 12 月 10 日 10:00～15:00



写真 5-3-3

ものわすれなんでも相談室（C町）

2) 認知症カフェ開設（写真 5-3-4、写真 5-3-5）



写真 5-3-4 認知症カフェ（A町）



写真 5-3-5 認知症カフェ（B町）

#### 4. 第5章のまとめ

本章では、地域の社会的環境、特に高齢過疎地域が持つ課題に対する実践方法とその効果について考察した。地域に対する実践が主となり、その効果や評価には限界があるが、以下に結果を要約する。

##### 1. 高齢過疎地域における高齢者施設を中心とした町づくりについて、以下にまとめる。

高齢過疎地域が抱える課題に対し、高齢者施設が持つ人的資源や専門的な技術や知識を施設内だけではなく、地域のなかで発揮するという取り組みを行った。高齢過疎地域において、町づくりを行うことができる数少ない資源として、高齢者施設がその役割を発揮した事例である。地域における社会福祉の充実と地域の福祉システムの構築のモデル的实践となった。

##### 2. 認知症ケアパス作成における社会福祉法人の役割について、以下にまとめる。

社会福祉法人は近年、地域貢献としての公益事業に取り組むべきであるとの社会福祉法人制度改革で制度化された。認知症ケアパスは自治体が策定する介護保険事業計画等に盛り込むとされる認知症高齢者を支える仕組みであるが、認知症ケアパスに必要な社会資源を調査し、先述の地域貢献として、自治体と協同して社会福祉法人が補完するサービスを行うことが、今後の地域社会に対する実践モデルとして提案することができる。

以上のことから、高齢過疎地域においては、社会福祉法人や高齢者施設が地域の町づくりを役割として実施することが必要である。特に、フォーマルなサポートだけではなく、社会福祉事業を実施する事業者として、地域貢献の役割を考慮しながらインフォーマルなサポート体制づくりを行うことが重要である。これらの実践から社会全体をサポートする仕組みとして「社会的環境」の整備を行うことが可能であることが明らかとなった。

## 参考文献

- 1) 流石ゆり子, 小山尚美, 村松照美, 郷洋子, 林正健二, 萩原理恵子, 小野興子, 横山貴美子, 大原恵, 戸倉由紀: 高齢者支援組織を対象に実施した認知症ケア啓発研修会の評価ーA町高齢者施設での認知症高齢者との『ふれ合い体験』を組み入れてー, 山梨県立大学看護学部 紀要 Vol. 12, 29-41, 2010
- 2) 黒田研二・金高闇: 認知症の人に対する地域住民の受容的態度とその関連要因, 社会問題研究 2011 60, 27-35, 2011
- 3) 竹生礼子, 工藤禎子, 若山好美, 桑原ゆみ, 明野聖子, 佐藤美由紀, 川添恵理子: 認知症についての啓発と地域づくりをめざす認知症キャラバンメイト登録者の活動と意識ー北海道における市町村の人口規模別の分析ー, 日本地域看護学会誌 Vol. 13 No. 2, 23-30, 2011
- 4) 大塩まゆみ: スウェーデンの近親介護者サポート 「再家族化」・「インフォーマライゼーション」の波 (高まり), 龍谷大学社会学部 紀要第 41 号, 2012
- 5) 竹葉勝重, 大西一嘉: 災害時の福祉避難所の全国的な整備状況に関する研究, 地域安全学会論文集 No. 11, 107-114, 2009
- 6) 小山剛: 社会福祉法人による超高齢社会のまちづくりの実践, 地方自治職員研修 46(10), 26-28 公職研, 2013
- 7) 大久保幸積: 地域包括ケアと介護施設, 日本認知症ケア学会誌 第 12 巻第 3 号, 577-582, 2013
- 8) 栗田主一: 認知症の人の暮らしを支える地域の仕組み, Joyo ARC 常陽地域研究センター 46(541), 4-11, 2014
- 9) 栗田主一: 被災地の認知症高齢者の在宅支援体制 宮城県石巻市網地島における実践を通して Geriat. 図 11 網地島の認知症普及啓発用のパンフレット Med. 52, 131-136, 2014
- 10) 横山奈緒枝, 大内高雄, 大久保幸積, 小林健一, 白戸一秀: 痴呆性老人に対する新たなケア方法に関する調査研究ー痴呆性老人のグループホームに関する調査研究ー, 高齢者問題研究 No. 12, 139-154, 1996



## 第 6 章 総 括

---

## 第 6 章 総括

### 1. 各章のまとめ

本章では、第 3 章から第 5 章の内容を総括し、それぞれで得られた知見をまとめる。

#### (1) 第 3 章の総括

第 3 章では「人的環境要因」に関する 4 つの視点からアプローチ方法を検討した。

##### ① 新任介護職員教育システムの開発

介護に関する項目である職員評価表を作成し、3 ヶ月後と 6 ヶ月後の新任介護職員自身による自己評価と教育担当者による他者評価を同時に実施し、これらの評価結果を比較検討した。自己評価が下降した項目については、把握した時点での事業所内研修によりフォローできる組織体制が必要である。6 ヶ月後の自己評価と他者評価が異なる項目では、慣れや忘れが影響してくる時期であり、継続した研修受講や自己研鑽が必要である。評価点が低い項目については、今後の研修計画の策定の際に重点事項とすることや、フォローアップ研修を継続的に重ねることにより、新任介護職員の習熟に有用であることが示唆された。

##### ② 特別養護老人ホームにおけるユニットケア定着のプロセス

新たにユニットケアに取り組む施設を対象として、教育的介入である、1) 全職員を対象としたユニットケア定着研修と、2) コーディネーター養成研修を試み、その有用性を検証した。開設前に全職員を対象としたユニットケア定着研修を実施し、その後、管理職を対象としてコーディネーター養成研修を開催した。1 年後まで追跡し、ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票を使用して評価点数を調査することで、その効果を検証した。結果、介入群は非介入群と比べ大きく点数が上がっていた。これはユニットケア定着研修によって、職種を問わず多くの職員が参加したことで意識の共有に大きく影響したと考えられた。また、コーディネーター養成研修によって、管理的・指導的立場である職種がユニットケアを推進することになり、円滑に業務改善を行うことができると考えられた。これにより教育的介入がユニットケアの定着に有用であることが示唆された。

##### ③ 認知症ケアにおけるこだわりチェックシートの作成

認知症ケアは個別ケアの考え方が重要であり、本人に関する情報をすべての介護者が同時に共有し、共通の理解のもとで支援することが求められている。これまで入居者の生活歴や趣味嗜好をアセスメントし生活支援に活かしてきた。しかし、個人が生活するうえで大切にしている行動や習慣等のこだわりを把握するツールが必要であると考え、こだわりチェックシートを作成した。

シートの作成にあたっては 385 名の生活するうえでのこだわりを調査し、類型別にコード化し 23 項目に分類した。シートは個別性が把握でき、共有できるよう配慮した。これにより、職員が入居者のこだわりを意識することで、認知症高齢者の生活に活かすことができると考えられた。



#### ④ユニット型施設における相互評価のシステム化

ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票を評価ツールとして使用し、ユニット型施設間で相互に評価しあう、自己評価→外部評価→再外部評価と研修を組み合わせた相互評価システムの構築を目指した。ユニットケアに取り組む施設の専門職同士が定期的に相互評価しあうことで、互いの取り組みに反映されることによりユニット型施設の質の向上に有用であると考えた。その結果、外部評価と再外部評価を比較すると得点が有意に向上していることが認められた。その理由として、相互評価員研修を受講したユニットケア推進担当者が研修で得た知識を活かすことにより、事業所での実践がスムーズに行えたことが考えられる。また、自己評価だけでは改善の方法がわからず外部評価者の助言が改善への気づきにつながったと考えられる。加えて、改善結果を確認するための再外部評価があり、さらなる改善を促すシステムであったと考えられた。これらにより、ユニット型施設の質が短期間で向上すること、および施設間の相互評価により、ユニットケアの標準化が図られることが示された。

この相互評価システムが今後、一般化され全国的に展開し、ユニットケアの標準化が図られることが、ユニット型施設の質の底上げにつながり、サービスの評価手法が確立されるという点で大いに意義がある。

### (2) 第4章の総括

第4章では「物理的環境要因」に関する3つの視点からアプローチ方法を検討した。

#### ①施設居住環境向上への物理的配慮

施設整備の4事例から、キャプション評価法により施設内環境の良い点と悪い点を調査し、施設内環境整備の知見としてまとめた。このように事例を整理することにより物理的環境整備の手法や配慮すべき点が明確となった。

施設を整備するうえで、十分な採光やリビングの広さや家庭的な雰囲気、機能的な浴室やトイレなどは物理的環境への配慮の前提となる。これ以外に特に配慮すべき点については、洗面台などは角のゆるやかな形状や高さへの配慮と、脱衣所などの手すりの位置に十分に配慮する必要があること、トイレ内洗面台の鏡の高さやリビングのキッチンカウンターの高さ、トイレ出入口などを車椅子対応とする必要があること、共用トイレのリビング内の配置場所を近づけることやロールカーテンなど操作方法がわかりづらいものの使用を避けること、また、リビング内のナースコール受信機は家庭的雰囲気を損なわない工夫が必要であること、玄関三和戸から居間にかけて段差をなくした場合、空間の区切りが認識しづらいため、解消する工夫が求められること、である。

#### ②高齢者の意識調査から考える施設環境の構成要素

高齢者の居住環境の整備は、職員が考える「家庭らしさ」を判断基準として設える傾向にあり、高齢者の意向をふまえてのものではなかった。高齢者への直接のアンケート調査を実施し、長く住んでもよいと思える要素を明らかにする。そこで高齢者292名から回答を得た。職員が「家庭らしい」や「良かれ」と思い置いている物品でも高齢

者はそれほど望まないことが明らかとなった。これらから、環境整備の際には入居者への説明と同意が必要であり、認知症高齢者が多く住まう施設では物品の導入には個別性を配慮して慎重に検討されなければならないことが明らかになった。

### ③ユニット型施設の平面構成と評価の関係

ユニットケア研修施設と同等の選定評価を受けた施設の評価点と施設の物理的環境における平面構成要素との関連性を明らかにすることを目的とし、合格施設と7施設を全国の施設と比較し、相違点や関連性について検討した。平面構成要素は、ユニットの平面類型、居室面積、リビング面積、ユニット面積、可視率、トイレ箇所数、居室・トイレ間の距離、キッチン種類の8要素とした。設備評価点と各平面構成要素との関係性について統計的分析により考察した。合格施設と不合格施設では、平面構成要素と選定評価点の数値に有意性はみられなかった。これは選定評価点に平面構成要素が反映されていないことおよび対象となった施設数が少ないこと、評価ツールに平面構成要素の項目が少ないためである。物理的なハード面の課題に対し、合格施設はソフト面（人材）やシステム面（組織運営）で工夫することにより評価を高めていることを示した。平面構成要素と設備評価点には有意な関係性がみられなかった。これは現在の設備評価点には含まれない平面構成要素を適切に評価する項目がないためであり、これを追加することでユニットケアの理念に沿った物理的環境を評価できることを示した。合格施設と全国の施設との比較では「死角の有無」および「くつろげる場所の有無」について有意差がみられた。この点を精査し、評価点との関係性を明らかにすることで物理的環境の向上につながる知見を得る可能性がある。

## (3) 第5章の総括

第5章では、「社会的環境要因」に関する2つの視点からのアプローチを実践した。

### ①高齢過疎地域における高齢者施設を中心とした町づくり

高齢過疎地域における高齢者施設の実践活動の結果を基に、施設を中心とした町づくりの可能性を探った。その事業として、認知症サポーター養成講座の実施、認知症徘徊模擬訓練の実施、町内バリアフリー点検マップの作成、介護予防教室や相談窓口の設置に取り組んだ。これらはすべて高齢者施設が有する機能や専門性を施設内だけではなく、地域社会で発揮するという実践である。この取組は住民が積極的に参加できる仕組みであることが重要な点である。これらにより地域の拠点としての役割を果たし、町づくりに貢献できるということが示された。特に、地域の高齢者だけではなく、障害者や小学生など地域住民にも暮らしやすい町づくりに寄与できる可能性を示すことができた。

### ②認知症ケアパス作成における社会福祉法人の役割

地域における認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである認知症ケアパス作成は地域の重要課題であると認識し、本来自治体が作成するとされる認知症ケアパス作成をおこなった。認知症ケアパス作成過程からわかる必要な社会資源と社会福祉法人の役割について検討した。人口1万人以下の3町において社会資源調査を実施し、

認知症の人を支える社会資源の整理シートを使用して認知症ケアパスを作成した。3 町で共通していた不足するサービスがみられた。i)相談窓口、ii)認知症の確定診断が受けられる医療窓口、iii)24 時間対応する安否確認や見守りサービスの 3 点であった。社会福祉法人としては、24 時間対応できる相談窓口の設置や見守り支援は可能であると考えられた。これらは社会福祉法人の地域貢献事業として可能である事例を示すことができた。また、認知症ケアパス作成の結果を各町担当課へ報告し、行政や地域包括支援センターとの連携により、ものわすれなんでも相談室を設置するに至った。これらにより、認知症高齢者が地域で安心できる社会づくりの一実践方法として示すことができたことは大いに意義があった。

## 2. 総括

本研究は、認知症高齢者の生活の質の向上のために不可欠な要素である「人的環境・物理的環境・社会的環境」の3つの環境要因に対して、人的環境要因（人材育成・組織強化）を基本として、それぞれが統合され補強しあう認知症高齢者の社会支援システムを新たに構築することが目的である。

以下、本研究で得られた知見をまとめる。

### 【人的環境の強化手法】

認知症高齢者の支援における基本である「人的環境」の強化を図るための効果的アプローチ方法として、第3章の2節から5節の手法を組み合わせ、職員の採用時から習熟期までの段階的で継続的な人材教育方法とその評価の仕組みをつくることが重要である。人的環境の向上は、職員一人ひとりの資質で解決する問題ではなく、事業所の組織全体で検討すべきものであり、組織強化を図ることが認知症高齢者を支えるサービス提供に不可欠であり、物理的環境の向上や社会環境の向上のベースとなる。つまり、人的環境の強化を図らなければ、適切な物理的環境への配慮もおこなうことができないばかりではなく、施設外の地域社会においても専門性を発揮することはできない。また、法人や施設のトップの方針により、物理的環境の整備に対する制限や地域社会に対するアプローチも制限されてしまうことが考えられることから、組織強化は経営・管理的立場から新任介護職員までの統一した目標設定が不可欠である。

### 【物理的環境の強化手法】

高齢者の居住環境の向上には、PEAP日本版3やキャプション評価法などの認知症高齢者の環境評価手法のほか、高齢者自身が求める環境調査により、個別空間のほかに、共有空間の設えを検討することの重要性が示唆され、職員による設えに終始するのではなく高齢者本人と作ることが求められる。

また、ユニットケアの平面構成要素とケアの関連性については、今後のユニット型施設の整備に際しての指針作成の参考となるべき結果であったことから、物理的環境づくりとしては、1) 物理的環境面においては、現在施設における設備基準をクリアしていることが条件であり、本研究からは特にハード面を活かすための工夫が重要であることが明らかとされた。2) 入居系施設の場合、入居の高齢者がかわるたびに、または継続的に物理的環境を検討すること、が求められた。これらのことから、施設内環境の設えをおこなう職員の育成により、適切な工夫が可能となり、高齢者が住まう望ましい環境づくりとすることができる。

### 【社会的環境の強化手法】

高齢過疎地域においては、社会福祉法人や高齢者施設が地域の町づくりを自らの役割として実施することが必要である。特に、フォーマルなサポートだけではなく、社会福祉事業を実施する事業者として、地域福祉の向上を役割としながらインフォーマルなサポート体制づくりをおこなうことが求められる。

### 【環境要因の統合支援アプローチのシステム化】

人的環境要因（人材育成・組織強化）を基本として、それぞれが統合され補強しあう認知症高齢者の社会支援システムを新たに構築することができた（図 6-2-1）。構築された社会支援システムは、それぞれがPDCAのサイクルにより継続的に改善される仕組みとすることで、認知症高齢者を取り巻く環境全体を支援することが可能であると考えられ、有効なシステムとなる（図 6-2-2）。特に、「人的環境」による人材育成および組織強化は他の2つの環境アプローチの前提条件となることから、「人的環境」の強化から始まる統合された支援システムとして構築することが重要である。

認知症高齢者が増加している社会において、本研究における環境要因統合の社会支援システムが、全国の地域において展開されることを期待したい。

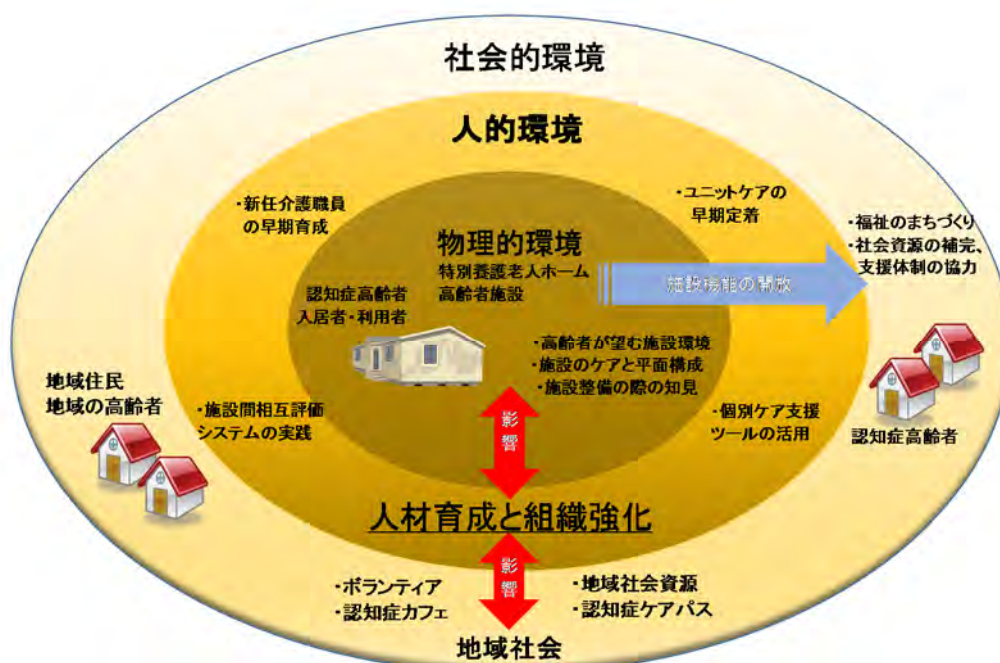


図 6-2-1 社会支援システムの概念図

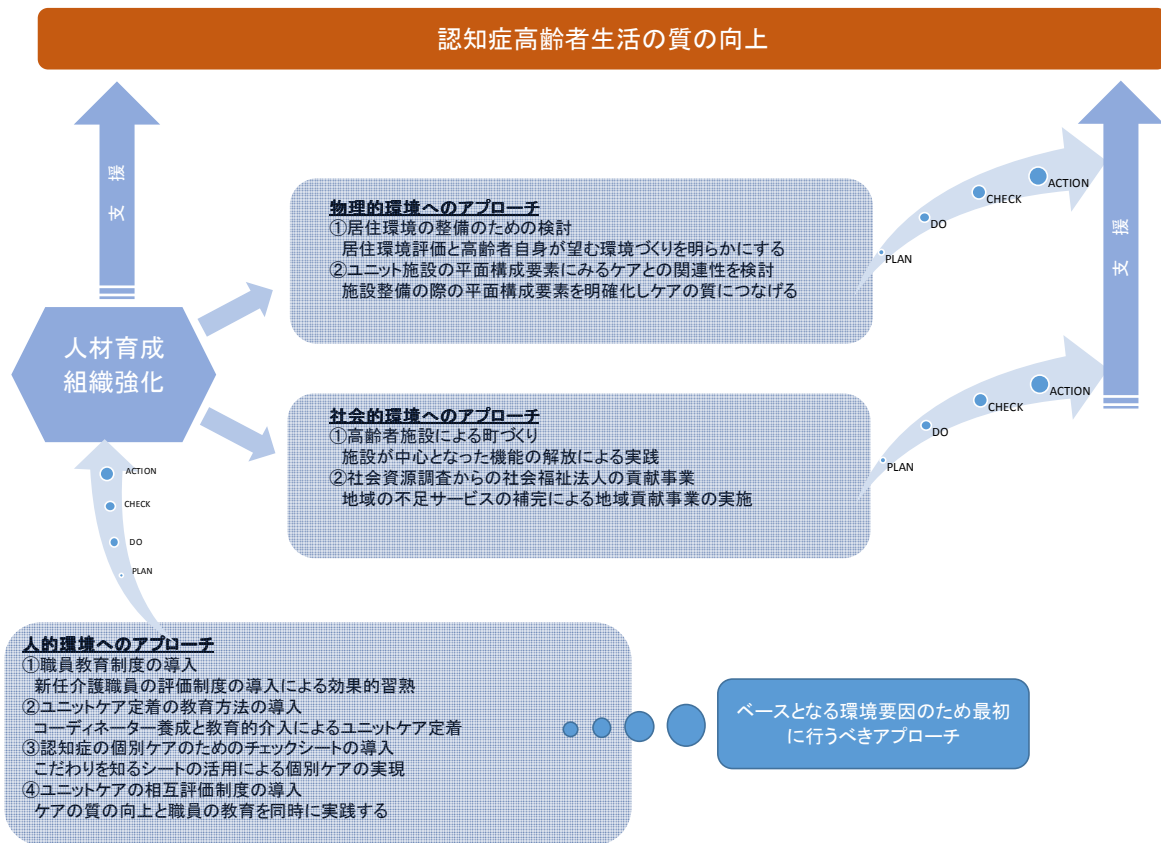


図 6-2-2 認知症高齢者に関わる環境要因を統合した支援アプローチ

### 3. 今後の課題

以下に、今後の課題についてまとめる。

- (1) 人的環境における教育的介入の有用性について、介入群が限定的であるため、対象施設を増やすことによりさらに検証を進めなければならない。同様に、相互評価システムについても対象施設が7施設と限定的であることがあげられるが、現在、一般社団法人北海道認知症グループホーム協会において、加入施設による本相互評価システムの実践に取り組んでおり、これら多くの実践データから再検証し、一般化を目指している。
- (2) ユニットケアを評価する指標として、本研究においては、ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票を使用した。ユニットケアの質の評価をおこなうための指標は存在していないため、その指標の開発が求められる。同様に物理的環境における施設の平面構成要素とユニットリーダー研修実地研修施設の評価点との関係について、ユニットケアの実施に有効となるような要素が明確にはならない結果であった。そのためユニットケアの理念に沿った物理的環境を適切に評価する指標が必要である。
- (3) 社会的環境における住民が求める社会資源については、当該市町村の人口規模や事業者の有無等により不足するサービスがある。本取り組みのような補完サービスの提供も可能であるが、市町村における介護保険事業計画や高齢者保健福祉計画におけるサポート体制を明確にすることで、事業として位置づけていくことが必要である。また、物忘れ外来などの医療的サービスのよう補完できないサービスについて、どのように広めていくかが課題である。





## 図表一覧

---

## 図表一覧

### 第1章 研究の背景

図 1-1-1	行動・心理症状（B P S D）の出現原因	7
図 1-3-1	認知症の高齢者のとらえ方に関するモデル	14
図 1-3-2	高齢者の能力と環境圧力	15
図 1-3-3	人間-環境システムの構成に関する概念的枠組み	16
図 1-3-4	認知症高齢者と環境の基本的枠組み	16
図 1-3-5	本研究における環境要因のとらえ方	17
図 1-4-1	法人内研修参加者数と地域連携研修会の参加者数の推移	25
図 1-6-1	地域包括ケアシステムの姿	32
図 1-6-2	地域包括ケアシステム構築のプロセス概念図	33
表 1-1-1	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	6
表 1-2-1	「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の将来推計	10
表 1-2-2	認知症ケアの時代背景	12
表 1-4-1	介護職員数の推移と見通し	19
表 1-5-1	ユニット型特養数の推移	29
表 1-5-2	ユニットケア研修受講実績（年度別人数）	30
写真 1-4-1	認知症介護実践研修の受講風景	24
写真 1-4-2	キャリアパス支援研修の様子	26
写真 1-6-1	A町暮らしの場づくり推進委員会	35
写真 1-6-2	A町S O Sネットワーク推進委員会	35

### 第2章 研究の目的と課題

図 2-2-1	本研究における各章の課題と流れ	49
図 2-2-2	本研究の概念図	52
図 2-3-1	本論文の構成	53
図 2-3-2	本論文のフロー	55

### 第3章 人的環境要因（人材育成と組織強化）へのアプローチ

図 3-1-1	第3章のフロー	60
図 3-3-1	ユニットケア定着のプロセス	67
図 3-4-1	こだわりチェックシート（A、Bカテゴリ）	84
図 3-4-2	こだわりチェックシート（C、Dカテゴリ）	85
図 3-4-3	こだわりチェックシート（こだわり整理エリア）	86
図 3-5-1	相互評価システム化のフローチャート	88
図 3-5-2	調査票（厚生労働省）と具体的な相互評価調査項目	90
図 3-5-3	評価得点の推移（総得点）	92
図 3-5-4	評価得点の推移（カテゴリA－E別）	95
表 3-2-1	対象者の属性	61

表 3-2-2	職員評価表（一部抜粋）	62
表 3-2-3	職員評価表の項目	62
表 3-2-4	3 ヶ月後と 6 ヶ月後の評価比較	63
表 3-2-5	教育担当者の評価結果	64
表 3-3-1	対象施設の基本属性	67
表 3-3-2	ユニットケア定着研修カリキュラム	68
表 3-3-3	ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票（厚生労働省）	70
表 3-3-4	コーディネーター養成研修プログラム	71
表 3-3-5	介入群におけるユニットケア定着研修参加状況	73
表 3-3-6	現地調査結果（カテゴリ別）	73
表 3-3-7	研修参加者属性	74
表 3-3-8	事業所での改善の具体的取組内容例	74
表 3-3-9	現地調査、再現地調査、再々現地調査結果一覧	75
表 3-3-10	クラスカル・ウォリス検定 (Kruskal Wallis test)	75
表 3-3-11	t 検定結果	76
表 3-4-1	こだわりの分類表：全体の集計	79
表 3-4-2	こだわりの分類表：男性の集計	80
表 3-4-3	こだわりの分類表：女性の集計	81
表 3-4-4	こだわりチェックシートのカテゴリ分類	82
表 3-5-1	対象施設概要（2013 年 11 月）	87
表 3-5-2	評価得点の結果比較	91
表 3-5-3	相互評価員の属性	92
表 3-5-4	相互評価員の具体的な実践例	93
表 3-5-5	外部評価員の属性	94
表 3-5-6	評価者担当施設一覧	94
表 3-5-7	3 評価間の関係（Kruskal-Wallis 検定）	95

## 第 4 章 物理的環境要因（施設環境）へのアプローチ

図 4-1-1	第 4 章のフロー	102
図 4-2-1	キャプション評価表	103
図 4-2-2	4 施設平面図（居住階を抜粋）	104
図 4-3-1	アンケート用紙	114
図 4-3-2	高齢者の要望度	118
図 4-3-3	男性の要望度	119
図 4-3-4	女性の要望度	119
図 4-3-5	在宅者の要望度	120
図 4-3-6	通所利用者の要望度	120
図 4-3-7	施設入居者の要望度	120
図 4-3-8	50 歳代の要望度	121
図 4-3-9	60 歳代の要望度	121

図 4-3-10	70 歳代の要望度	121
図 4-3-11	80 歳代の要望度	121
図 4-3-12	90 歳代の要望度	121
図 4-3-13	介護職員の要望度	122
図 4-3-14	高齢者と介護職員の要望度比較	123
表 4-2-1	4 施設の概要	104
表 4-2-2	a 施設におけるキャプション評価	105
表 4-2-3	b 施設におけるキャプション評価	107
表 4-2-4	c 施設におけるキャプション評価	109
表 4-2-5	d 施設におけるキャプション評価	111
表 4-3-1	聞き取り調査に使用した写真一覧	115
表 4-3-2	アンケートの属性別の回答人数（高齢者）	117
表 4-3-3	アンケートの属性別の回答人数（職員）	117
表 4-3-4	要望度の高低に関する順位	118
表 4-4-1	平面構成要素の基礎データ（P=合格、F=不合格）	125
表 4-4-2	キッチン種類別に見た選定評価点	127
表 4-4-3	浴室有無別に見た選定評価点	128
表 4-4-4	キッチン種類別に見た設備評価点	129
表 4-4-5	浴室有無別に見た設備評価点	130
表 4-4-6	共同生活室面積別に見た施設数	130
表 4-4-7	居室トイレの有無別に見た施設数	130
表 4-4-8	戸外空間の有無別に見た施設数	131
表 4-4-9	死角の有無別に見た施設数	131
表 4-4-10	居室内洗面設備の有無別に見た施設数	132
表 4-4-11	共同生活室以外のくつろげる場所の有無別に見た施設数	132
写真 4-3-1	高齢者施設のリビングのイメージ写真	114

## 第 5 章 社会的環境要因（地域環境）へのアプローチ

図 5-1-1	第 5 章のフロー	138
図 5-2-1	A 町公共施設バリアフリー点検マップ	142
図 5-2-2	電話相談ポスター	143
図 5-2-3	A 町 G 地区津波ハザードマップ	143
図 5-2-4	地域住民の一時避難場所	143
図 5-2-5	ボランティアの受け入れ数の推移	145
図 5-2-6	A 町における福祉システム概念図	146
表 5-2-1	A 町の人口変動	139
表 5-2-2	筆者の法人の概要	140
表 5-3-1	3 町の概要比較	148
表 5-3-2	地域の社会資源の利用状況【介護保険・在宅】	149
表 5-3-3	地域の社会資源の利用状況【介護保険・施設】	149

表 5-3-4	地域の社会資源の利用状況【介護保険以外】	149
表 5-3-5	認知症の人を支える社会資源の整理シート A町、B町、C町	150-151
表 5-3-6	サービス種類別社会資源	152
表 5-3-7	認知症ケアパス（A町）	153
表 5-3-8	認知症ケアパス（B町）	153
表 5-3-9	認知症ケアパス（C町）	153
写真 5-2-1	キャラバンメイト養成講座	141
写真 5-2-2	小学校における認知症サポーター養成講座	141
写真 5-2-3	警察への通報訓練	141
写真 5-2-4	地域住民による認知症捜索模擬訓練の様子 1	141
写真 5-2-5	地域住民による認知症捜索模擬訓練の様子 2	141
写真 5-2-6	地域住民に対する講義	141
写真 5-2-7	介護予防教室	142
写真 5-2-8	家族介護教室	142
写真 5-2-9	移転新築の事前住民説明会	144
写真 5-2-10	移転新築した a 施設	144
写真 5-2-11	A町との避難施設利用協定調印式	144
写真 5-2-12	災害対策訓練 1	144
写真 5-2-13	災害対策訓練 2	144
写真 5-2-14	カフェのボランティア	145
写真 5-2-15	話し相手のボランティア	145
写真 5-2-16	花壇整備のボランティア	145
写真 5-2-17	夏祭りの施設行事のボランティア 1	145
写真 5-2-18	夏祭りの施設行事のボランティア 2	145
写真 5-2-19	海岸の清掃活動	145
写真 5-2-20	豆腐のお裾分け	146
写真 5-2-21	福祉の仕事体験	146
写真 5-2-22	餅つき行事への参加	146
写真 5-3-1	ものわすれなんでも相談室（A町） 1	154
写真 5-3-2	ものわすれなんでも相談室（A町） 2	154
写真 5-3-3	ものわすれなんでも相談室（C町）	154
写真 5-3-4	認知症カフェ（A町）	155
写真 5-3-5	認知症カフェ（B町）	155

## 第 6 章 総括

図 6-2-1	社会支援システムの概念図	165
図 6-2-2	認知症高齢者に関わる環境要因を統合した支援アプローチ	166



## 博士論文関係研究業績

---

## 博士論文関係研究業績

### ■学会誌掲載論文・ジャーナル論文（査読付き）

- 1) 大久保幸積, 三浦力, 大久保有慶, 足立啓: 特別養護老人ホームにおけるユニットケア定着のプロセスに関する一考察, 厚生学の指標 vol.63 no.4 p17-22 2016.4
- 2) 大久保幸積, 船津みゆき, 行徳秀和, 足立啓: ユニット型施設における相互評価システム化と質の向上に関する研究, 日本認知症ケア学会誌, 第 14 巻第 2 号, p473-484, 2015.7
- 3) 井谷富彦, 大久保幸積: 利用者の暴言・拒否に悩んでいるスタッフへの支援, 日本認知症ケア学会認知症ケア事例ジャーナル 2008.vol.1 no.2, p173-178, 2008.9
- 4) 吉田恵, 大久保幸積: 激しい徘徊とすぐ怒る入居者に対するアプローチ, 日本認知症ケア学会認知症ケア事例ジャーナル 2008.vol.1 no.1, p108-113, 2008.6

### ■国際会議（査読付き）

- 1) Yukitsumu Okubo, Kei Adachi, Naohika Okubo, Hidekazu Gytoku, A pilot study of community building based on a nursing home in an aging depopulated area: The example of Toyoura in Hokkaido, The 5<sup>th</sup> International Conference for Universal Design, p701-716, Tokyo, Japan, 2014.11
- 2) Yukitsumu Okubo, Administration of Unit Care Facility in Japan, The 20<sup>th</sup> IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, p96-104, Seoul, Korea, 2013.6.

### ■著書

- 1) 大橋謙策, 白澤政和共編, 大久保幸積他: 地域包括ケアの実践と展望-先進的地域の取り組みから学ぶ-, 中央法規出版, p217-230, 2014.12
- 2) 認知症介護研究・研修東京センター監修, 大久保幸積, 宮島渡編集: ひもときシート活用ガイドブック, 中央法規出版, p140-211, 2013.9
- 3) 加藤伸司監修, 大久保幸積他: 認知症高齢者 BPSD52 事例記録表現集, 日総研出版, p25-27, 50-52, p55-56, p137-139, 2010.4
- 4) 田辺毅彦監修, 田辺毅彦, 大久保幸積, 足立啓他 5 名: カイゼンの要点, 日総研出版, p9-14, p37-49, p69-94, 2008.10
- 5) 大久保幸積他: 認知症高齢者が地域と共にある暮らしのシステムの構築, 日本生命財団第 21 回シンポジウム-高齢社会をともに生きる-報告書, p26-34, 2007.11
- 6) 中島紀恵子編, 中島紀恵子, 大久保幸積他 2 名: グループホームケア-痴呆の人々のケアが活きる場所-, 日本看護協会出版会, p135-178, 2001.1

### ■国内発表論文

- 1) 大久保幸積: 地域包括ケアと介護施設, 日本認知症ケア学会誌第 12 巻第 3 号特集, p577-582, 2013.10
- 2) 米本秀仁, 林崎光弘, 大久保幸積: 痴呆性グループホームケアにおける Q O L の保障, 高齢者問題研究, No.16, p109-123, 2000.3
- 3) 横山奈緒枝, 大久保幸積, 大野直子, 寺田香, 平野憲子, 油谷香織: 老人保健施設における痴呆性老人へのケアの実態と課題, 高齢者問題研究, No.13, p139-154 1997.3



- 4) 横山奈緒枝, 大内高雄, 大久保幸積, 小林健一, 白戸一秀: 痴呆性老人に対する新たなケア方法に関する調査研究ー痴呆性老人のグループホームに関する調査研究ー, 高齢者問題研究, No.12, p139-154, 1996.3
- 5) 米本秀仁, 大久保幸積, 村上道隆, 小林健一, 幅三平, 痴呆性老人等介護指導事業の現状と課題, 高齢者問題研究, No.11, p133-146, 1995.3

#### ■国内学会発表

- 1) 行徳秀和, 大久保幸積, 足立啓, 中内晶: ユニット型施設のリビングの可視率と平面構成に関する一考察, 第 16 回日本認知症ケア学会大会, p356, 2015.5
- 2) 板澤寛, 鈴木卓也, 大久保幸積, 足立啓: 認知症ケアにおける“こだわりシート”作成の試み-その 2-, 第 16 回日本認知症ケア学会大会, p256, 2015.5
- 3) 大久保義広, 大久保幸積, 足立啓他 4 名: 高齢者の意向調査から考える施設環境-老人ホームのリビングに求められる施設環境について-, 第 16 回日本認知症ケア学会大会, p271, 2015.5
- 4) 吉田恵, 板澤有幾, 大久保幸積, 足立啓: 新人職員育成における習熟プロセス-新人職員教育システムの開発に向けて-, 第 16 回日本認知症ケア学会大会, p281, 2015.5
- 5) 山崎信人, 大久保幸積, 足立啓: 人口 1 万人以下の地域における認知症の人の早期発見・早期対応のための基盤づくり-認知症ケアパス作成での社会福祉法人の役割について-, 第 16 回日本認知症ケア学会大会, p335, 2015.5
- 6) 行徳秀和, 大久保幸積, 森田真行, 足立啓: ユニットリーダー実地研修施設の選定評価に関する研究, 日本認知症ケア学会 2014 年度北海道地域大会, p14, 2014.9
- 7) 吉田恵, 板澤有幾, 大久保幸積, 足立啓: 新人職員育成における習熟プロセス, 日本認知症ケア学会 2014 年度北海道地域大会, p17, 2014.9
- 8) 山崎信人, 大久保幸積, 足立啓: 人口 1 万人以下の地域における認知症ケアパス作成のための基盤づくり, 日本認知症ケア学会 2014 年度北海道地域大会, p20, 2014.9
- 9) 大久保幸積, 三浦力, 大久保有慶, 足立啓: 特別養護老人ホームにおけるユニットケア定着のプロセス-教育的介入とその効果-, 日本老年社会学会第 56 回大会, p167, 2014.6
- 10) 大久保幸積, 船津みゆき, 行徳秀和, 足立啓: ユニット型施設の相互評価のシステム化に関する研究, 第 15 回日本認知症ケア学会大会, p304, 2014.5



## あとがき・謝辞

---

## あとがき・謝辞

これまで福祉や介護の仕事を通して、人的・物理的・社会的環境が認知症の人に与える影響について考えさせられることが多く、また研修や調査研究などでも種々学び、考える機会を得ていました。しかし、「自ら考え、判断し、行動できる人を育てているのか」と自問自答したとき、経営者としての私にとっての大きな課題があることに気づきました。

職員さんたちに、例えば認知症ケアやユニットケアなどに関する専門的な知識や技術を、OJT や OFF-JT、SDS を通して学ぶ機会を作っても、期待するほど実践に結びついていないというのが実感です。つまり、職員さんたちの知識が知恵や見識に高まっていないと感じたのです。

「人は聴こうとする気持ち、学ぼうとする心が無ければ、実践にも結び付かないのではないか」と考えたとき「知行合一」、あらためて自分自身が院生として学びながら、自分自身の課題に向き合い、解決する糸口を見つけるために博士課程にチャレンジしました。

本論文をまとめるにあたり、多くの先生からご指導をいただきました。

指導教官であり、本論文の主査である和歌山大学の足立啓教授には、論文の構成、文章体裁など、構成力、文章力、表現力の未熟で貧弱な私に、時に厳しく、時にユーモアを交え、時に放任的にご指導いただきました。社会福祉法人・社会福祉施設で働く私の思いを汲んでいただき、システム工学環境デザインの視点にあてはめて的確にご助言いただきましたことに、心よりのお礼と感謝を申し上げます。本当に、ありがとうございました。

また、副査である和歌山大学の高砂正弘教授と吉田登教授には、予備審査、本審査、公聴会など本論文をまとめるにあたり、広い視点から詳細にご指導いただき、論文としての的確な構成・内容で仕上げることができました。心より感謝申し上げます。

さらに和歌山大学教育学部の Leonard LANDMARK 先生には、国際学会発表における英文の資料を作成するにあたり、英語力の拙い私に、本当に丁寧な英文指導をしていただきました。また、英文抄録では、シアトル在住にもかかわらず、Reachasia Solutions の工藤美和代表に多大なるお力添えをいただきました。心よりお礼申し上げます。

和歌山大学の諸先生以外にも、現在の足立研究室のメンバーである、同期修士卒業の中村香澄さん、M1 西森英子さんやゼミ生の長野勝さんをはじめとするみなさんに支えられました。屈託のない若い笑顔とエネルギーが、還暦を挟んだ私の大学院生活に、張りとも勇気を与えてくれました。ありがとうございました。

また、日本認知症ケア学会北海道地域部会のメンバー〔北海道認知症の人を支える家族の会西村敏子事務局長、グループホーム福寿荘武田純子総合施設長、北海道医療大学石川秀也教授、北星学園大学田辺毅彦教授、グループホームアウル宮崎直人総合施設長、放送大学井出訓教授、北海道医療大学山田律子教授、特別養護老人ホーム幸豊園行徳秀和施設長、社会福祉法人幸清会吉田恵教育・研修課長、北翔大学黒澤直子准教授〕には先行研究等の文献の収集と資料の提供、そして何よりも投稿論文の採択に苦戦し気落ちしていた時に、宴を設け、酒を酌み交わしながら、絶えず、励まし続けていただきました。

また同時期に修士課程に進学され、同じように時間のない中で、切磋琢磨することで、いつも私のお尻をたたいて前に進ませてくださった、ナチュラルライフ生座本磯美総合施設長、いつもその優しい笑顔と語り口で何度となく助言・示唆を下さった片山内科クリニ

ック片山禎夫先生には、浜松と倉敷という遠い地から北海道ニセコでのミステリー還暦ツアーのお祝いにも駆けつけてくださるなど応援し続けてくださり、本当にありがとうございました。

そして、積極的にサポートをしてくれた社会福祉法人幸清会大久保有慶事務局長ならびに特別養護老人ホーム幸豊ハイツ船津みゆき施設長代理をはじめとする各施設長・管理者の皆さんには、日常の多忙な業務の間を縫って、本論文と競い合うかのように、それぞれの研究に取り組み、学会発表という形で結実させてくれました。それぞれで抱えていた課題に取り組み、まとめようとする姿勢に、幾度となく刺激され、背中を押してもらいました。

このように博士学位論文としてまとめることができたのは、ここにあげた方々だけではなく、施設・事業所の利用者・家族のみなさん、職員のみなさん、地域のみなさんなど多くの方のご協力があったおかげだと、衷心より感謝いたします。この論文で得られた知見を広く活用・普及していくことが、私にできるみなさんへの感謝の「形」だと考えております。そのためにも自身の座右の銘である「居安思危」「日々是好日」を心に刻みながら人生を邁進することをここに誓います。

最後に、還暦を前に 58 歳で大学院へのチャレンジ、61 歳で修了するまでの 3 年間で喜んで応援してくれた家族・兄姉に感謝します。そして、この論文を初代理事長である父、故大久保幸治郎、2 代目理事長である母、故大久保とよ、初代総合施設長である故大久保裕幸に捧げます。

2016 年 3 月

大 久 保 幸 積



## 付録資料

---

## 付録資料

### 付録 1 職員評価表〈本論文関連章：第 3 章 2 節〉

職員評価表(3ヶ月後評価)[事業所: ] [職員氏名: ] [教育担当者氏名: ]						
	評価項目	自己評価	教育担当者評価	コメント欄		
1	法人概要	法人の理念を理解している	2・1・0	2・1・0		
2		自分の事業所のサービス種別を理解している	2・1・0	2・1・0		
3		法人の諸規程を理解している	2・1・0	2・1・0		
4	職務心得	出勤時間を守ることができる	2・1・0	2・1・0		
5		社会人としてふさわしい身だしなみを整えている	2・1・0	2・1・0		
6		日常的に適切な挨拶ができる	2・1・0	2・1・0		
7		不快や誤解を与えないような態度がとれる	2・1・0	2・1・0		
8		労働意欲がある	2・1・0	2・1・0		
9		報告・連絡・相談が適切にできる	2・1・0	2・1・0		
10		わからないことをきちんと質問できる	2・1・0	2・1・0		
11	認知症理解	健康管理ができる	2・1・0	2・1・0		
12		失敗をしたときに素直に改めることができる	2・1・0	2・1・0		
13		認知機能障害について知っている	2・1・0	2・1・0		
14		入居者の不安定時に対応ができる	2・1・0	2・1・0		
15		自尊心を傷つけない声掛けができる	2・1・0	2・1・0		
16		正しい姿勢を確認できる	2・1・0	2・1・0		
17		麻痺のある場合は健側から介助できる	2・1・0	2・1・0		
18	食事介助	本人のペースに合わせて適量を口に運べる	2・1・0	2・1・0		
19		本人の食事形態を把握し、適切に提供できる	2・1・0	2・1・0		
20		飲み込みの確認ができる	2・1・0	2・1・0		
21		むせこみ、誤嚥、嘔吐時などの対応ができる	2・1・0	2・1・0		
22		表情や顔色など普段と違う様子に気づき対応できる	2・1・0	2・1・0		
23	排泄介助	オムツを正しく装着できる	2・1・0	2・1・0		
24		必要な介助を把握し、適切に行うことができる	2・1・0	2・1・0		
25		プライバシーや羞恥心に配慮できる	2・1・0	2・1・0		
26		排尿や排便の間隔を把握している	2・1・0	2・1・0		
27		尿の量・色・臭いを把握できる	2・1・0	2・1・0		
28	入浴介助	便の量・色・臭いを把握できる	2・1・0	2・1・0		
29		お湯の温度を確認して適温にすることができる	2・1・0	2・1・0		
30		特殊浴やストレッチャーを適切に使用できる	2・1・0	2・1・0		
31		浴室内外の安全確保ができる	2・1・0	2・1・0		
32		プライバシーや羞恥心に配慮できる	2・1・0	2・1・0		
33	移動介助	麻痺や疾患に配慮した介助ができる	2・1・0	2・1・0		
34		安全に移乗介助ができる	2・1・0	2・1・0		
35		安全に体位交換ができる	2・1・0	2・1・0		
36	清潔・整容	毎食後の口腔ケアができる	2・1・0	2・1・0		
37		髪型やひげなど、整容に配慮することができる	2・1・0	2・1・0		
38		衣類選択が適切に行える	2・1・0	2・1・0		
39		緊急時対応のマニュアルを理解している	2・1・0	2・1・0		
40		普通救命講習を修了している	2・1・0	2・1・0		
41	医療知識	服薬マニュアルを理解し、適切に介助できる	2・1・0	2・1・0		
42		感染症について理解し、罹患時には適切な対応ができる	2・1・0	2・1・0		
43		バイタルチェックができる	2・1・0	2・1・0		
44		異変に気づき、適切に連絡・相談・対応・報告ができる	2・1・0	2・1・0		
45	虐待防止	虐待や身体拘束について理解し、不適切なケアを防止	2・1・0	2・1・0		
46	記録	食事、排泄等、必要な記録をつけることができる	2・1・0	2・1・0		
47	防災	地震・火事など災害発生時の初期対応ができる	2・1・0	2・1・0		
48		災害時の避難経路を把握している	2・1・0	2・1・0		
49		消火器の場所を把握し、使用方法を理解している	2・1・0	2・1・0		
50	個別ケア	全般にわたり、1人ひとりの違いを大切にしたいケアを提	2・1・0	2・1・0		
* 評価 ◎:2点 ○:1点 △:0点 100点満点			合計	点	合計	点



付録2 ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査〈本論文関連章：第3章3・5節〉  
※カテゴリAのみ抜粋

平成25年度  
ユニットリーダー研修実地研修施設 選定調査

【現地調査票】施設用

施設名：\_\_\_\_\_

大項目	中項目	小項目		
Ⅰ・居室が入居者にとっての居場所になるように配慮している	1・個人の持ち物などを自由に持ち込み、居場所を確保している	①入居者が使い慣れた家具等私物を自由に持ち込んでいる		○ ×
		調査ポイント	持ち込み家具の制限はなく、入居者の持ち込み家具や私物がある	見る 見学时
			家具等の持ち込みにより、居室それぞれに個性がある	見る 見学时
			職員は入居者、家族へ家具を持ち込んでもらう働きかけを行っている	聞く リーダー
		状況及び判断根拠		
	2・介護者の都合で居室のドアを開けっぱなしにしている	②居室内は入居者が過ごしやすい場所となっている		○ ×
		調査ポイント	入居者又は家族の意向に沿って家具を配置している	聞く リーダー
			入室しなくても中の様子がわかるようなドアとなっていない（小窓などで）	見る 見学时
			立ち上がり動作に支障がないようベッドの高さを合わせている（布団対応の場合には行動を制限する事が目的ではない）	見る 見学时
		状況及び判断根拠		
		①介護者の都合で居室のドアを開けっ放しにしていない		○ ×
		調査ポイント	介護者の都合でドアを開けっぱなしにしていない（開けている理由を話することができる）	聞く 常勤職員
			なぜ開けっ放しが良くないかの理由が話せる	聞く 常勤職員
			居室へ訪問の際にはノックをして入室している	見る 見学时
		状況及び判断根拠		
		②介護者の都合でドアの代わりにのれんやカーテンをつけていない		○ ×
		調査ポイント	介護者の都合でドアを開けておくために、のれんやカーテンを使用していることがない	見る 見学时
			のれんやカーテンがついている場合、その理由が介護者の都合ではないことを説明できる	聞く 常勤職員
		状況及び判断根拠		

重視するポイント	大項目	中項目	小項目				
A. 設備面への配慮 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている	II. リビングはごく普通の生活ができるように配慮している	1. リビングに煮炊きできるキッチンが設置されている	①入居者が心身の状況に応じて家事ができるようキッチンを設置している			○ ×	
			調査ポイント	リビングにキッチンが設置されている（簡易ではない）	見る 見学时		
				入居者が調理や配膳、洗い物に参加できるようになっている	聞く 常勤職員		
			状況及び判断根拠				点数 /1
			②食器棚や家電製品等を設置し、使われている			○ ×	
			調査ポイント	食器棚があり、一般家庭にあるようなごく普通の食器がある（複数の種類の食器がある）	見る 見学时		
				家電製品が設置されており使われている（炊飯器・冷蔵庫・電子レンジなど）	見る 見学时		
				どのようにキッチンを使っているか、説明できる	聞く 常勤職員		
			状況及び判断根拠				点数 /1
		2. リビングにいる入居者はそこで生活感を感じている	①食事をしたり談話等を楽しんだりするのに適したテーブル、椅子等の備品を備えている			○ ×	
			調査ポイント	食事を行うために適切な椅子やテーブルがある（入居者によって異なるため、複数タイプある）	見る 見学时		
				くつろぐのにふさわしい場所があり、椅子やテーブル、ソファなどがある	見る 見学时		
				食べる場とくつろぐ場を持つような工夫をしている	見る 見学时		
			状況及び判断根拠				点数 /1
			②入居者が日常の暮らしを営めるよう整備しており、活用されている			○ ×	
			調査ポイント	お茶の道具や新聞、テレビなどがリビングにあり、入居者が好きな時飲んだり、見たりできる	見る 見学时		
				幼稚な飾りつけをしていない。造花はあってもよいが、本物の植物が主体となっている	見る 見学时		
				職員用の掲示物が貼り出されているようなことはない	見る 見学时		
			状況及び判断根拠				点数 /1

重視するポイント	大項目	中項目	小項目				
A・設備面への配慮 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている	Ⅲ・セミパブリックなどの空間作りや社会とのつながりの配慮をしている	1・セミパブリックスペースなど、工夫のできる空間等うまく利用	①入居者や家族がユニットを出てゆっくりと過ごせるような場所がある			○ ×	
			調査ポイント	ユニットを越えた仲の良い入居者同士で集まることができる場所がある	見る 見学时		
				入居者と家族が過ごせる場所がユニット以外にもある	見る 見学时		
				どのように使われているか確認する	聞く 常勤職員		
			状況及び判断根拠				点数 /1
			②入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係わる活動をする場所が確保できている			○ ×	
			調査ポイント	サークルやクラブ活動の場所が確保されている	見る 見学时		
				サークルやクラブ活動は入居者の嗜好に応じている	聞く 常勤職員		
				活動が定期的であり、記録もある	見る 書類確認		
			状況及び判断根拠				点数 /1
		2・パブリックスペースが地域の交流の場として活用されている	①入居者が施設にいても地域と交流ができるような工夫をしている			○ ×	
			調査ポイント	入居者が地域の方と交流したりできる場所がある	見る 見学时		
				どのように活用しているか説明できる	聞く 中間管理職		
				状況及び判断根拠			
			②地域の人が気兼ねなく施設に来ることができるよう工夫をしている			○ ×	
			調査ポイント	どのような工夫をしているか説明できる	聞く 中間管理職		
				地域の人に開放できる場所がある	見る 見学时		
				状況及び判断根拠			

重視するポイント	大項目	中項目	小項目				
A・設備面への配慮 在宅に近い環境づくりへの配慮がなされ、生活の場としての設えをしている	IV・ユニットで生活ができるようなトイレ、個浴等の配置に配慮している	1・トイレは入居者の排泄をサポートできるような居室設置か、分散配置されている	①トイレは居室設置もしくはユニット内（共同生活室）に数か所の分散配置をしている			○ ×	
			調査ポイント	トイレが居室設置かリビングに分散配置（概ね3人に1つ以上）している	見る 見学时		
				支援が必要な入居者も使えるトイレとなっている	見る 見学时		
			状況及び判断根拠				点数 /1
			②プライバシーに配慮し気持ちよく排泄できるよう環境を整えている			○ ×	
			調査ポイント	居室内、リビングからトイレや排泄行為が見える環境ではない（居室外のトイレは車椅子の入居者が入っても扉をしめることができる）	見る 見学时		
				排泄用品や物品を無造作に置いていない	見る 見学时		
				トイレの清掃が行き届き、清潔感がある。居室内、リビングにトイレのにおいが漂うことがない	見る 見学时		
			状況及び判断根拠				点数 /1
		2・浴室は分散配置、個浴設置など、入居者の入浴希望に沿えるよう配慮している	①浴室はユニットで生活することができるように配慮し分散配置や個浴設置などしている			○ ×	
			調査ポイント	浴室（機械浴を除く）はユニット内、あるいはそれに近いところに個浴やリフト付き個別浴槽を分散して設置している	見る 見学时		
				機械浴の使用は1～2割程度である（多くても個浴を優先していることが判断できれば可）	見る 書類確認		
				個浴での入浴の判断基準を答えられる	聞く リーダー		
			状況及び判断根拠				点数 /1
			②プライバシーの保護と浴室内の安全性や清潔感に配慮している			○ ×	
			調査ポイント	マンツーマン入浴を基本としている	聞く 常勤職員		
				無造作にパットや掃除道具などを置いていない	見る 見学时		
脱衣室を個別に使えるよう配慮し、浴槽ごとにプライバシーを確保している	見る 見学时						
状況及び判断根拠				点数 /1			

### 付録3 こだわり調査アンケート用紙〈本論文関連章：第3章4節〉

## “こだわり”アンケート

本研究では別ケア実践プログラムの作成と普及（システム化）に関する研究と題して、「誰もが個別ケアの視点を日常のケアに結びつける教育プログラムの開発」に取り組んでおります。

私たちは、生活の中で大切にしているものがあります。「なくてはならないもの」「手放せないもの」「そうしたいと思うこと（どうしても…）」。深い理由なんかないものもあります。だってそうしたいから、それをしないと気がすまない（落ち着かない）から…など。

介護サービスを受けるために、たとえ生活の居場所が変わったとしても、今まで暮らしていた生活文化の個々の工夫や、生活の中で大切にしているものにこだわった暮らしを提供することがその人を中心としたケアであり、それを知ることが個別ケアを実践していく上で重要なことであると考えました。そのためには“こだわり”に視点を当てたケアをスタッフ全てが実践できる環境を整えることが重要で、その人の持っている“こだわり”を知るシステムが必要であります。

“こだわり”とは、一般的には「こだわりの味」「枕にこだわる」などと良い意味で使われています。それは、「“こだわり”＝“個人にとって大切なもの”」といえます。この度、個人のこだわりを明らかにするために、法人内の全職員を対象とした「こだわりアンケート」を実施いたします。

職員の皆様にはアンケートの趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願いいたします。

\*\*\*\*\*

〈属性〉 該当する項目に○をつけてください。

事業所名：\_\_\_\_\_

性別：男性・女性  
年代：10歳代・20歳～24歳・25歳～29歳・30歳～34歳・35歳～39歳・40歳～44歳・45歳～49歳  
50歳～54歳・55歳～59歳・60歳～64歳・65歳～69歳・70歳～74歳・75歳～79歳・80歳以上  
事業種別：入居系事業所・在宅系事業所・その他事業所  
現職経験年数：1年未満・3年未満・5年未満・10年未満・15年未満・20年未満・20年以上  
認知症介護経験年数：1年未満・3年未満・5年未満・10年未満・15年未満・20年未満・20年以上  
保有資格：ホームヘルパー・介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士・看護師（看護職含）・PT・OT  
ST・管理栄養士（栄養士含）・認知症ケア専門士（上級含）＜複数回答可＞

\*\*\*\*\*

### 〈こだわりとは…？〉

例・洗顔の湯温（お湯の人、水でなければダメな人）・タオルの使い方（濡して拭く人、洗った後拭く人）・パジャマのまま朝食（着替えてから朝食をとる人）  
・朝食はご飯に必ず味噌汁と漬物（もちろん和食で、たくあんは必ず）・下着で就寝する（楽やすいから）・パジャマで就寝する（楽やすいから）  
・布団の中で読書する（ミステリーもの）・抱き枕がないと寝れない（バナナの形のもの）・寝るときは豆電球をつける（トイレに起きるから）  
・納豆はご飯にかけない（全部同じ味になるから）・毎朝風呂（シャワーですっきりしたいから）・家の中でははだし（ゴミが落ちているのがわかる）  
・枕は低反発（他のものでは安眠できないから）etc. といろいろあります。それが習慣だったり、好みの場合もあるかもしれません。

※実は、皆さんが当たり前にしている事（もの）が“こだわり”の場合もあります。

## 記入のPoint

※アンケートには上記の“こだわり”の例を参考にし、下記の点に注意してご回答下さい

Point① アンケートを手にした翌日の朝から、皆様の1週間の暮らしについてお書き下さい。（1日1枚が目安）

Point② 起床時から“したこと”を、時間を追って書いてください。その中で“習慣”や“好み”でしていることがあればその枠内に✓を入れてください。“こだわり”の場合は“こだわり”の枠内に✓を入れてください。（以下別紙記入例を参考にお書き下さい）

Point③ また“好み”“こだわり”に✓を入れた項目は、理由の欄になぜそうしたいのか（しているのか）を書いてください。（“習慣”に✓を入れた項目は記入の必要はありません）

Point④ 勤務（早出・日勤・遅出・夜勤等々）の日は、起床→出勤→勤務→退勤→帰宅→就寝…という一日になります。同じく起床時から時間を追って書いていただき、勤務中の“習慣”“好み”“こだわり”についてもお書き下さい。出勤してから退勤するまで間に行った仕事の内容に沿って書いて下さい。

Point⑤ 最右欄の“こだわり度合い”については、したことが“こだわり”の場合にのみ、度合い（段階）を選び✓を入れてください。

※度合い判断基準 1（弱）→ どちらかというこだわり  
2（普）→ ほとんどそうしている  
3（強）→ 必ずそうする（欠かせない・気が済まない）

Point⑥ 1週間の“こだわり”を記入し終えたら、このページを表紙にして左上をホチキス止めし、各事業所担当者へお渡し下さい。

平成 年 月 日（曜日）

[illegible]

## 老人ホームに移り住む際の居間に関する要望についてのアンケート

### 1. 回答する方について

あてはまるものに○をつけてください。

#### 性別

( 男性 ● 女性 )

#### 年代

( ~50歳代 ● 60歳代 ● 70歳代 ● 80歳代 ● 90歳代~ )

#### 現在の住居

( 自宅 ● 高齢者住宅 ● 老人ホーム )

【持家・借家・町営】

【養護・ケアハウス等】

【特養・老健等】

### 想像してみてください

あなたはケガなどで急に老人ホームに入ることになりました。恐らくそこで長い期間暮らすことになります。そのときにどんなところなら住んでもよいと思いますか？写真などを見てお答えください。

### 設問

それぞれの写真から老人ホームの居間に「あった方がよい」、「ない方がよい」選択肢を選んでください。もしあった方がよい場合、どの位置がよいか、番号に○をつけてください。

#### 1. 時計

1. ぜひあったほうがよい。    2. どちらかといえばあったほうがよい    3. どちらかといえばないほうがよい    4. ないほうがよい。

#### 2. カレンダー

1. ぜひあったほうがよい。    2. どちらかといえばあったほうがよい    3. どちらかといえばないほうがよい    4. ないほうがよい。

#### 3. 絵画

1. ぜひあったほうがよい。    2. どちらかといえばあったほうがよい    3. どちらかといえばないほうがよい    4. ないほうがよい。

#### 4. 写真

1. ぜひあったほうがよい。    2. どちらかといえばあったほうがよい    3. どちらかといえばないほうがよい    4. ないほうがよい。



## 5. 書

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 6. 集合写真

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 7. ソファ

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 8. (食卓セット)

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 9. (小上がり)

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 10. 間仕切り

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 11. ピアノ

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 12. ステレオ

1. ぜひあったほうがいい。 2. どちらかといえば あったほうがいい 3. どちらかといえば ないほうがいい 4. ないほうがいい。

## 老人ホームに移り住む際の居間に関する要望についてのアンケート

### 設問

それぞれの写真から老人ホームの居間に「あった方がよい」、「ない方がよい」選択肢を選んでください。

#### 1 3. ビデオ

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 1 4. テレビ

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 1 5. カラオケ

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 1 6. マッサージ機

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 1 7. 空気清浄機

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 1 8. パソコン

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 1 9. 電話

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

#### 2 0. お茶セット

- |                    |                         |                        |             |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうが<br>いい。 | 2. どちらかといえば<br>あったほうがいい | 3. どちらかといえば<br>ないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|

## 2 1. 生花

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 2. 造花

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 3. 観葉植物

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 4. ペット

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 5. 手芸作品

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 6. 雑誌

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 7. 新聞

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 8. 書籍

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|

## 2 9. ゲーム

- |                |                     |                    |             |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|
| 1. ぜひあったほうがいい。 | 2. どちらかといえばあったほうがいい | 3. どちらかといえばないほうがいい | 4. ないほうがいい。 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------|